

PREDOPERAČNÉ POSÚDENIE PACIENTA, PREDOPERAČNÁ PRÍPRAVA

Meno a priezvisko p/k:

Lekárska diagnóza:

Operačný výkon:

Druh operácie: urgentný akútny plánovaný

Fyziolog.funkcie TT: D: TK: P:

POSÚDENIE OPERAČNÉHO RIZIKA	
Vek	
Stav výživy (obezita, malnutricia)	výška: hmotnosť:
Stav tekutín a elektrolytov (dehydratácia,nerovnováha Ca,Na,K,H,...)	
Celkové zdravie (choroby srdca,dých.ciest,pečene,obličiek, DM,poruchy koagulácie,nervové ochorenia)	
Farmakoterapia (antikoagulans,ATB,depresíva,diuretiká,...)	
Duševný stav (stupeň stresu)	

PREDOPERAČNÁ PRÍPRAVA	
Predoperačné vyšetrenia	
Príjem stravy, tekutín per os	
Nasogastrická sonda	áno <input type="checkbox"/> čas zavedenia
Hygiena tela	áno <input type="checkbox"/> spôsob
Príprava operačného poľa	áno <input type="checkbox"/> spôsob
Vyprázdnený moč.mechúr	áno <input type="checkbox"/>
Katetrizácia	áno <input type="checkbox"/> čas množstvo moča
Očistná klyzma	áno <input type="checkbox"/>
Bandáž DK	áno <input type="checkbox"/>
Odstránenie zubnej protézy, kontak.šošoviek, šperkov,...	áno <input type="checkbox"/> (špecifikujte)
Informovaný súhlas s operačným výkonom	áno <input type="checkbox"/>
Nácvik pohybu	áno <input type="checkbox"/>
Nácvik pridržavania oper.rany	áno <input type="checkbox"/>
Nácvik dýchania, kašľania	áno <input type="checkbox"/>
Nácvik cvičenia s DK	áno <input type="checkbox"/>
Infúzna terapia	áno <input type="checkbox"/> (špecifikujte)
Aplikácia inzulínu	áno <input type="checkbox"/> (špecifikujte)
Aplikácia sedatív	áno <input type="checkbox"/> (špecifikujte)
Premedikácia (druh, množstvo, čas)	
Iné špecifické zásahy	

Podpis študenta _____