

ARKUSZ PRZYJĘCIA NA ODDZIAŁ LARYNGOLOGICZNY

A-004

Nazwisko i imię pacjenta

Data badania pacjenta

Data wyznaczonego terminu przyjęcia pacjenta

Rozpoznanie

Podpis lekarza ambulatorium (wyznaczającego termin przyjęcia)

***W dniu przyjęcia do Szpitala proszę zgłosić się do ambulatorium
laryngologicznego - pokój 1040 (I piętro),***

punktualnie o godz. 8⁰⁰

Należy przynieść ze sobą:

1. Przybory toaletowe, piżamę, szlafrok itp. (dotyczy to również opiekuna kładącego się z chorym dzieckiem), 2 szerokie bandaże elastyczne (osoby z żyłakami kończyn dolnych)
2. Następujące, aktualne wyniki badań:
 - a) **morfologia krwi z rozmazem,**
 - b) **OB,**
 - c) **badanie ogólne moczu,**
 - d) **plytki krwi oraz czas krwawienia i krzepnięcia (cz. kefalinowo-koalinowy, APTT), elektrolity,**
 - e) **grupa krwi,**
 - f) **EKG z opisem (dotyczy osób powyżej 18 r.ż.),**
 - g) **Rtg kl. piersiowej (dotyczy osób powyżej 18 r.ż.),**
 - h) **aktualne potwierdzenie co najmniej dwóch szczepień przeciw WZW (przeciw żółtaczce zakaźnej**
 - i) **TSH, Rt₃, Rt₄ (u pacjentów ze schorzeniami tarczycy)**
3. a) **arkusz przyjęcia na oddział** podpisany przez pediatrę / internistę i stomatologa
b) **skierowanie do Szpitala** wystawione przez lekarza POZ (pierwszego kontaktu)
4.

a) <i>Dotyczy kobiet</i> - 6 tygodni przed zabiegiem w znieczuleniu ogólnym należy odstawić leki antykoncepcyjne i hormonalne. W czasie miesiączki nie wykonujemy zabiegu.
b) <i>Dotyczy dzieci</i> - do usunięcia migdałka gardłowego - należy dostarczyć aktualne badania endoskopowe nosogardła (aktualna tympanometria)

Uwaga!

5. a) Wszyscy pacjenci, po wykonaniu w.w. badań, powinni zgłosić się do lekarza internisty (dzieci do 15 r.ż. do pediatri), a następnie do lekarza stomatologa, w celu orzeczenia / potwierdzenia, że pacjent może być operowany w znieczuleniu miejscowym / ogólnym.
- b) Istnieje możliwość zamówienia całodobowych - płatnych posiłków dla opiekunów dzieci w firmie świadczącej usługi żywieniowe.
- c) Warunkiem przyjęcia dziecka (do 12 roku życia) na oddział jest całodobowa opieka osoby dorosłej.
- d) U pacjentów chorujących przewlekłe należy dostarczyć opinię lekarza specjalisty w zakresie stosowanego leczenia i postępowania w okresie przed i pooperacyjnym.

6. a)

Proszę zabrać ze sobą do szpitala leki pobierane na stałe

- b)

7 dni przed przyjęciem odstawić leki przeciwzakrzepowe - Aspirynę, Polocard, itp.

- c)

Pacjentów przewidzianych do zabiegu w dniu przyjęcia prosi się o bezwzględne pozostanie na czczo (tj. BEZ JEDZENIA I BEZ PICIA)

- d)

Pacjenci zgłaszają się na oddział po uprzednim przyjęciu w punkcie przyjęć planowych oraz zdeponowaniu odzieży wierzchniej, butów, walizek, dużych toreb
--

d) Pacjenci zgłaszają się na oddział po uprzednim przyjęciu w punkcie przyjęć planowych oraz zdeponowaniu odzieży wierzchniej, butów, walizek, dużych toreb w Depozycie Szpitala. Na oddział pacjenci, dzieci i opiekunowie - zgłaszają się przebrani. W dniu wypisu ze szpitala, należy również przebrać odzież w Depozycie Szpitala (na oddział nie wnosi się walizek, butów, kurtek i innej odzieży wierzchniej).

e) Osoby towarzyszące pacjentowi uprasza się o nie wchodzenie na oddział do godz. 15-tej. W wymienionym czasie odbywają się zabiegi operacyjne. Odwiedziny należy planować po godzinie 15-tej.

7. a) Jeżeli Pani / Pan nie może przyjąć się na oddział w wyznaczonym terminie, prosimy o powiadomienie nas i ustalenie nowego terminu. *Na Pani / Pana miejsce oczekują inni pacjenci!*

b) telefon ambulatorium laryngologicznego: (71) 32-70-205 w godz. 9⁰⁰ do 13⁰⁰

c) telefon do sekretariatu oddziału: (71) 32-70-344 w godz. 9⁰⁰ do 13⁰⁰

8. DO LEKARZA POZ:

Proszę o wystawienie skierowania na szczepienie p/WZW i skierowanie do Szpitala na Oddział Laryngologiczny.

W przypadku jeśli ostatnie szczepienie jest powyżej 5 lat należy wykonać poziom p/WZW

9. DO 10 DNI PRZED TERMINEM PRZYJĘCIA NA ODDZIAŁ

Proszę zgłosić się do pok.1040 godz.8⁰⁰ (na czczo + mocz) w celu wykonania niezbędnych do zabiegu badań:

10. DO LEKARZA INTERNISTY / PEDIATRY (POZ)

Uprzejmie proszę o wyrażenie podpisem i pieczętką lekarską opinii o stanie zdrowia pacjenta.

.....
data

podpis lekarza

11. DO LEKARZA STOMATOLOGA

Uprzejmie proszę o wyrażenie podpisem i pieczętką lekarską dokonanej sanacji uzębienia, a także zgody stomatologicznej na wykonanie zabiegu w zakresie głowy i szyi.

.....
data

podpis lekarza

12. DO LEKARZA SPECJALISTY

Uprzejmie proszę o wyrażenie podpisem i pieczętką lekarską opinii o stanie zdrowia pacjenta.

.....
data

podpis lekarza

13. DO STATYSTYKI MEDYCZNEJ

Prosimy o przyjęcie na oddział w.w. pacjenta - z Matką/Ojcem/Opiekunem.

.....
data

podpis lekarza