

KARTA ZABIEGOWA

Imię i nazwisko:

Numer indeksu:

Data przystąpienia do egzaminu dyplomowego – część praktyczna:

I. OGÓLNE INFORMACJE O STANIE ZDROWIA (Właściwą odpowiedź proszę zaznaczyć w kółko)

1. Czy jest Pani/Pan diabetykiem.....TAK NIE
2. Czy występują u Pani/Pana choroby sercaTAK NIE
Jeżeli TAK to jakie ?
3. Obecność bajpasów.....TAK NIE
4. Zapalenie tętnicTAK NIE
5. ZakrzepicaTAK NIE
6. AnemiaTAK NIE
7. Opóźnione krzepnięcie krwiTAK NIE
8. HemofiliaTAK NIE
9. Zaburzenie tętnica lub żyłneTAK NIE
10. ReumatyzmTAK NIE
11. Czy bierz Pani/Pan leki na rozrzedzenie krwiTAK NIE
12. Czy stwierdzono u Pani/Pana choroby infekcyjneTAK NIE
Jeżeli TAK to jakie
13. Żółtaczka (typ A, B, C)TAK NIE
14. HIV/AIDSTAK NIE
15. Grzybica.....TAK NIE
16. Osteoporoza.....TAK NIE
17. Dna moczanowa.....TAK NIE
18. Łuszczyca.....TAK NIE
19. Atopowe zapalenie skóry.....TAK NIE
20. Czy wykonywanie były u Pani/Pana operacje na stopachTAK NIE
21. Czy występują u Pani/Pana choroby stawów lub kościTAK NIE
22. Czy jest Pani/Pan alergikiemTAK NIE
Jeżeli TAK to na co jest uczulenie
23. Czy bierze Pani/Pan systematycznie lekiTAK NIE
Jeżeli TAK to jakie i na co
24. Czy odczuwa Pani/Pan inne dolegliwościTAK NIE
Jakie

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu

.....
(dokładna nazwa zabiegu)

Zostałam/em wyczerpująco poinformowana/y o:

- przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu,
- technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu,
- pochodzeniu i sposobie działania preparatów, które zostaną użyte do wykonania zabiegu,
- możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu w moim przypadku,
- wszelkich następstwach i możliwych powikłaniach zabiegu,
- sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu,
- czasie utrzymywania się osiągniętego rezultatu,
- czasie po upływie którego może/powinien zostać przeprowadzony kolejny zabieg:

.....
(dokładna nazwa zabiegu)

- minimalnej liczbie zabiegów, których przeprowadzenie jest niezbędne do utrzymania osiągniętego efektu.

Została mi przekazana szczegółowa informacja na temat sposobu przygotowania się do zabiegu w warunkach domowych oraz informacja na temat preparatów, jakie powinny zostać zastosowane przed/po wykonaniu zabiegu. Udzielono mi również informacji, że pominięcie przygotowań do wykonania zabiegu w warunkach domowych może wpłynąć na efekt zabiegu.

LP	Data		Etykieta potwierdzająca sterylizację narzędzi		Podpis pacjenta	Podpis osoby która wykonała zabieg. Czytelnie imię i nazwisko	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

