ЭПИОНА
МЕДИКУС

Перечень анализов (комбинированный эндотрахеальный наркоз/седация)

- Общий анализ крови развернутый (16 дней)
- Коагулограмма: МНО, АПТВ (АЧТВ), фибириноген, время свертываемости, протромбиновый индекс (16 дней)
- Анализ крови на ферритин (при абдоминопластике) 16 дней
- Общий анализ мочи (16 дней)
- Анализ крови на HCVag, HBSag, ВИЧ, RW (3 мес.)
- Биохимический анализ крови: общий белок, билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза, холестерин, креатинин, мочевина, K, Na, ферритин (16 дней)
- Определение специфического иммуноглобулина Е на лекарственные препараты (местные анестетики, антибиотики и т.д., если в прошлом пациент столкнулся с какими-либо нежелательными реакциями при их применении) (3 мес.)
- Группа крови, резус — фактор (пожизненно)
- Флюорография или КТ грудной клетки (1 год)
- УЗИ вен нижних конечностей (1 мес.)
- ЭКГ (с расшифровкой, 1 мес.)
- Заключение терапевта (12 дней)

Дополнительно:

- Консультация офтальмолога - при планируемой блефаропластике (1 мес.)
- ЭхоКГ (УЗИ) сердца пациентам старше 60 лет, при отклонениях на кардиограмме, а также в случае наличия кардиологической патологии
- Консультация кардиолога, пациентам после 40 лет, а так же при отклонениях на кардиограмме, ЭхоКГ (10 дней)
- УЗИ молочных желез (на 3-9 день цикла) – при операции на молочных железах (3 мес.)
- Заключение маммолога-онколога (при отклонениях по результатам УЗИ, 1 мес.)
- Заключение профильного врача - при наличии хронического заболевания
- КТ пазух носа - при ринопластике (если есть заболевания (гайморриты и т.д.), в случае длительного использования сосудосуживающих капель – срок 3 мес., в остальном - срок 1 год

ЭПИОНА
МЕДИКУС

Перечень анализов (инфильтрационная (местная) анестезия)

- Общий анализ крови развернутый (16 дней)
- Коагулограмма: МНО, АПТВ (АЧТВ), фибриноген, время свертываемости, протромбиновый индекс (16 дней)
- Общий анализ мочи (16 дней)
- Анализ крови на HCVag, HBSag, ВИЧ, RW (3 мес.)
- Биохимический анализ крови: общий белок, билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза, холестерин, креатинин, мочевина, K, Na (16 дней)
- Определение специфического иммуноглобулина Е на лекарственные препараты (местные анестетики, антибиотики и т.д., если в прошлом пациент столкнулся с какими-либо нежелательными реакциями при их применении) (3 мес.)
- Группа крови, резус — фактор (пожизненно)
- ЭКГ с расшифровкой (1 мес.)
- Заключение терапевта (12 дней)
- Флюорография или КТ грудной клетки (1 год)

Дополнительно:

- Заключение профильного врача - при наличии хронического заболевания
- Консультация офтальмолога - при планируемой блефаропластике (1 мес.)
- Консультация кардиолога пациентам после 40 лет, а так же при отклонениях на кардиограмме (10 дней)
- ЭхоКГ (УЗИ) сердца при отклонениях на кардиограмме или в случае наличия кардиологической патологии
- Микроскопическое (бактериоскопическое) исследование мазка (при интимной пластике)- (7 дней)

ШТАМП медицинского учреждения

Заполнение всех пунктов обязательно!

Осмотр терапевта

Дата "_____" _____20_____г. Время осмотра_____

Планируется операция по поводу_____

_____

Ф.И.О. пациента_____

Возраст_____лет Вес_____кг Рост_____см

Сопутствующая патология_____

_____

Состоит ли на «Д» учёте (у каких специалистов)_____

_____

Предыдущие операции, анестезии: Да / Нет_____

Осложнения: Да / Нет_____

Трансфузии компонентов крови в прошлом _____

Принимаемые препараты_____

Аллергические реакции:_____

Степени риска развития ВТЭО в послеоперационном периоде — низкий / умеренный / высокий.

Вредные привычки: употребление алкоголя курение наркотики (нужное выделить)

Вирусный гепатит венерические заболевания туберкулёз ВИЧ - инфекция (нужное выделить)

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное.

Особенности нервно-психического статуса_____

_____

Кожа и видимые слизистые: обычной окраски / бледно-розовые.

Ритм сердца правильный/аритмия. Тоны звучные/приглушены. АД _____мм рт. ст.

ЧСС _____уд/мин. Носовое дыхание свободное / затруднено / отсутствует. ЧДД _____/мин

Дыхание ритмичное / везикулярное / ослабленное / жёсткое / хрипы_____

Язык _____ Живот _____

Симптом «поколачивания»_____ Диурез _____

Отёки_____

Диагноз:_____

_____

Рекомендации:_____

_____

Заключение: _____

_____

_____

Терапевт: _____ /_____/(подпись, печать, ФИО)