

Перечень анализов (общая анестезия/седация)

- Общий развернутый анализ крови (14 дней)
- Коагулограмма: МНО, АПТВ (АЧТВ), фибриноген, время свертываемости, протромбиновый индекс (14 дней)
- Общий анализ мочи (14 дней)
- Анализ крови на HCVag, HBSag, ВИЧ, RW (3 мес),
- Биохимический анализ крови: общий белок, билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза, холестерин, креатинин, мочевины, К, Na (14 дней)
- Группа крови, резус — фактор
- Флюорография или КТ грудной клетки (1 год)
- УЗИ вен нижних конечностей (1 мес)
- ЭКГ (с расшифровкой) (1 мес)
- Мазок на COVID-19, ПЦР тест (7 дней)
- Заключение терапевта (10 дней)
- Сведения о прививках против кори /сертификат прививок (бессрочно) или результат обследования на наличие иммунитета к вирусам кори IgG (количественный) (3 месяца)
- Справка об эпид. окружении (терапевт) (3 дня)

Дополнительно:

- Консультация офтальмолога - при блефаропластике
- Консультация кардиолога (женщины после 40 лет, мужчины – после 45 лет)
- ЭхоКГ (УЗИ) сердца пациентам старше 60 лет
- УЗИ молочных желез (на 3-9 день цикла) - при операции на молочных железах, при необходимости консультация маммолога (1 мес.)
- КТ пазух носа - при ринопластике
- Заключение профильного врача - при наличии хронического заболевания
- Маммолог-онколог (при наличии отклонений по результатам УЗИ) (1 мес.)

Перечень анализов (местная анестезия)

- Общий развернутый анализ крови (14 дней)
- Коагулограмма: МНО, АПТВ (АЧТВ), фибриноген, время свертываемости, протромбиновый индекс (14 дней)
- Общий анализ мочи (14 дней)
- Анализ крови на HCVag, HBSag, ВИЧ, RW (3 мес),
- Биохимический анализ крови: общий белок, билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза, холестерин, креатинин, мочевины, К, Na (14 дней)
- Группа крови, резус — фактор
- ЭКГ (с расшифровкой) (1 мес)
- Мазок на COVID-19, ПЦР тест (7 дней)
- Заключение терапевта (10 дней)
- Сведения о прививках против кори /сертификат прививок (бессрочно) или результат обследования на наличие иммунитета к вирусам кори IgG (количественный) (3 месяца)
- Справка об эпид. окружении (терапевт) (3 дня)
- Флюорография или КТ грудной клетки (1 год)

Дополнительно:

- Заключение профильного врача - при наличии хронического заболевания

Заполнение всех пунктов обязательно!

Осмотр терапевта

Дата " _____ " _____ 20____ г. Время осмотра _____

Планируется операция по поводу _____

Ф.И.О. пациентки _____

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)

***ВНИМАНИЕ!** Обязателен на документе штамп медицинской организации и печать врача