



INFORMAČNÍ LETÁK K AMBULANTNÍ ANESTEZII

Obecná informace

- Váš odborný lékař Vám doporučil podrobit se operačnímu výkonu a anestezii ambulantně, tzn. aniž byste musela být přijata na nemocniční lůžko.
- Ambulantní výkon znamená, že se dostavíte do zařízení k výkonu v den operace a týž den se vrátíte domů.
- Předpokládáme s určitostí, že se dostavíte na lačno, tj. že jste nejedla a nepila od půlnoci, jste-li pozvána k výkonu ráno a v dopoledních hodinách. Jste-li objednána po dvanácté hodině, můžete ráno ještě sníst lehkou netučnou snídani.
- K výkonu se dostavte
- Naše zařízení se nachází v prostorách PT MEDICA s.r.o., Menšíkova 1155 v Prachovicích.

Doporučení

A) Před výkonem:

- Přineste s sebou Vaše lékařské doporučení, toto poučení a vyplněný zdravotní dotazník, průkaz pojištěnce, košili a přezůvky.
- Informujte anesteziologa přesně v dotazníku i ústně o svém zdravotním stavu.
- Doporučujeme Vám přestat kouřit do doby výkonu.
- Nepijte alkoholické nápoje nejméně po dobu 24 hodin před výkonem.
- Pokud užíváte jakékoliv léky, prosíme Vás abyste je vzala s sebou a ukázala je anesteziologovi. Je důležité a ve Vašem zájmu, aby byl anesteziolog přesně informován o užívání léků.
- Ženy, které užívají antikoncepční pilulky, pokračují bez přerušení v jejich denním užívání i v den výkonu. Přesto jim nelze zaručit, že jsou až do začátku další menstruace po výkonu plně chráněny před otěhotněním.
- Pokud užíváte ráno léky na vysoký krevní tlak, užijte je. Taktéž užíváte-li pravidelně psychofarmaka od psychiatra.
- Pokud máte cukrovku a ráno nesnídáte, vynechtejte ranní dávku léků na cukrovku.
- Neužívejte alespoň týden před výkonem více než jednu tabletu denně léků: anopyrin, acylpyrin, alnagon, superpyrin. Používáte-li léky tohoto typu jako prevenci proti srdečnímu infarktu nebo proti cévní mozkové příhodě, nepřerušujte toto chronické užívání.
- Pokud máte užít ráno v den operace výše uvedené léky, zapijte je jedním až dvěma doušky čiré tekutiny (čaj, voda).
- Osprchujte se řádně nebo se vykoupejte před nástupem do našeho zdravotnického zařízení k operačnímu zákroku.
- V den výkonu odstraňte svůj běžný make-up a žádný nenanášejte. Odlakujte si nehty, pokud používáte barevné krycí laky.
- Před výkonem odložte kontaktní čočky, zubní protézy, sluchadlo nebo jakékoliv další protézy.
- Nenoste do zařízení šperky či jiné snímatelné ozdoby. Naše zařízení neručí za vaše cennosti. Prosíme Vás, abyste je zanechali doma.

B) Po výkonu:

- Není dovoleno, abyste šla domů pěšky, jela hromadným dopravním prostředkem nebo sama řídila své dopravní vozidlo.
- **Zajistěte si k pravděpodobné době propuštění doprovod a odvoz kompetentní osobou. Doprovázející osoba by měla respektovat odborná doporučení.**
- Nejezděte hromadnou dopravou nejméně 24 hodin bez dozoru.
- Nejezděte jako řidič jakýmkoliv motorovým prostředkem a nejezděte ani na kole a jiném nemotorovém dopravním prostředku nejméně 36 hodin.
- Zůstaňte doma nejméně 36 hodin, odpočívejte co nejvíce a jezte malé porce a lehká jídla.
- Nepijte jakékoliv alkoholické nápoje nejméně 36 hodin. Vaše tolerance alkoholu může být zhoršena až na dobu jednoho týdne.
- Nepoužívejte jakékoliv ostré předměty nebo elektrické nástroje nejméně 36 hodin (pila, sekačka, nůžky, ostré nože).
- Nečiňte žádná významná rozhodnutí po dobu nejméně 36 hodin.
- Nezůstávejte sama po dobu 24 hodin po výkonu.
- Je běžné, že budete po dobu přibližně jednoho týdne rychleji unavena. Doporučujeme Vám, abyste si na tuto dobu neplánovala delší cestu nebo únavnou práci.

Možné obtíže po výkonu:

- Několik dnů Vás může obtěžovat škrábání v krku, bolest hlavy, bolest ve svalu nebo v ráně.
- Při náhlé změně polohy můžete mít pocit prázdna v hlavě nebo závrať.
- Po anestézii může být několik dnů snížena i emoční stabilita, pocit pohody a vyrovnanosti.
- Pokud budete mít po výkonu ještě jiné obtíže, zavolejte laskavě anesteziologa na telefonní číslo, které obdržíte při propuštění. Na uvedeném čísle je nepřetržitě anesteziolog k dosažení.

A ještě nakonec:

- Všechny uvedené pokyny jsou určeny i pro pacienty, kteří budou absolvovat výkon v místním znečistlivění.
- Být ambulantním pacientem znamená, že jste schopen i ochoten převzít zodpovědnost za své vlastní zdraví po výkonu.
- Bude-li třeba pro vzniklou komplikaci klienta přijmout k hospitalizaci, oznámí se tato skutečnost osobě, kterou klient uvede jako kontaktní osobu ve svém zdravotním dotazníku.

Podepište prosím, následující list a předejte jej svému anesteziologovi.

- Souhlasím s provedením výkonuv anestézii jako ambulantní pacientka.
- Pročetla jsem informace a všechna doporučení a porozuměla jsem jim.
- Jsem schopna a ochotna dostat uvedeným doporučením.

V dne Podpis pacienta.....



ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK PŘED AMBULANTNÍ ANESTEZIÍ

Instrukce : Prosím vyplňte sama nebo s Vaším lékařem. Umožní to Vašemu anesteziologovi lépe zhodnotit Váš zdravotní stav. Prosíme o odpověď na všechny naše otázky a zakroužkujte nabídnuté alternativy.

1. Jméno Rodné číslo Zdravotní pojišťovna....

Hmotnost kg Výška cm Bydliště

2. Cítíte se nemocná ? ANO - NE Blíže popište:

3. Jaká je úroveň Vaší fyzické aktivity ? MALÁ - STŘEDNÍ - VELKÁ
Jste schopni chůze do schodů ? ANO - NE Kolik pater ? 1 - 2 - 3 - více
Zadýcháte se při chůzi do schodů ? ANO - NE
Máte bolest na prsou při zátěži ? ANO - NE
Míváte oteklé kotníky ? ANO - NE

4. Měla jste rýmu či chřipku v posledním měsíci ? ANO - NE
Máte kašel ? ANO - NE
Kouříte ? ANO - NE Kolik cigaret za den ?/ den

5. Rodinné údaje :
Má někdo z Vašeho příbuzenstva tendenci k velké krvácivosti ? ANO - NE - NEVÍM
Měl někdo z Vašeho příbuzenstva komplikace při anestezii ? ANO - NE - NEVÍM

6. Váš zdravotní stav:
Prosím napište Vaše minulé pobyty v nemocnici a jejich příčinu (operace, vyšetření ...)
..... rok.....
..... rok.....

7. Prosíme, vyjmenujte Vaše zdravotní problémy a uveďte léky, které pravidelně užíváte:
(vysoký krevní tlak, cukrovka, srdeční onemocnění, chronické onemocnění plic, průdušek....)
.....lék.....
.....lék.....

8. Jste alergický na léky, desinfekci či náplast ? ANO - NE
Na jaké:

9. Máte nějakou negativní zkušenost vztahující se k anestezii ? ANO - NE
Prosím stručně uveďte:
.....

10. Trpíte na bolesti hlavy ? ANO - NE Trpíte na bolesti zad ? ANO - NE

11. Máte vyšší krvácivost (při menzes, časté modřiny, krvácení z nosu) ? ANO - NE

12. Prosím uveďte jméno, kontaktní adresu a telefon odpovědné doprovázející osoby:

Jméno tel

Adresa

Všechny případné změny Vašeho zdravotního stavu včas před výkonem oznamte lékaři, který Vám navrhl operaci.