(pieczątka oddziału)

KARTA PRZYGOTOWANIA PACJENTA DO ZABIEGU OPERACYJNEGO

Imię i nazwisko pacjenta: ……

Data zabiegu operacyjnego ……

1. **Premedykacja** …… ☐ Tak ☐ Nie
   (nazwa leku, dawka, data i godzina podania, pieczątka i podpis pielęgniarki anestezjologicznej)
2. **Inne leki podawane w dniu zabiegu** …… ☐ Tak ☐ Nie
3. **Pacjent posiada:**
   - protezy zębowe ☐ Tak ☐ Nie
   - szkła kontaktowe ☐ Tak ☐ Nie
   - aparat słuchowy ☐ Tak ☐ Nie
   - inne protezy …… ☐ Tak ☐ Nie
   - spinki we włosach ☐ Tak ☐ Nie
   - biżuterię ☐ Tak ☐ Nie
   - obrączkę ☐ Tak ☐ Nie
   - makijaż ☐ Tak ☐ Nie
   - manikir ☐ Tak ☐ Nie
   - kolczyki (pining) ☐ Tak ☐ Nie
4. Pacjent wykąpany wieczorem / rano ☐ Tak ☐ Nie
5. Pacjent oddał mocz w dniu zabiegu ☐ Tak ☐ Nie
6. Pacjent na czczo od (data, godzina) ……
7. Krew dostarczono wraz z pacjentem ☐ Tak ☐ Nie
   autotransfuzja (ml) …… **zapotrzebowana** (ml) ……
8. Parametry w dniu zabiegu
   RR …… **Tętno** …… **Temperatura** ……
9. Przygotowanie pola operacyjnego:

golenie (data, godzina) …… **depilacja** (data, godzina) ……

10. Uwagi ……

……

……

Dane osoby przekazującej / przyjmującej opiekę nad pacjentem przed operacją

…… ……
(podpis i pieczątka pielęgniarki przekazującej pacjenta do zabiegu)

……
(podpis i pieczątka pielęgniarki przyjmującej pacjenta do zabiegu)

Dane osoby przekazującej / przyjmującej opiekę nad pacjentem po operacji

…… ……
(podpis i pieczątka pielęgniarki przekazującej pacjenta po zabiegu)

……
(podpis i pieczątka pielęgniarki przyjmującej pacjenta po zabiegu)

Admed® MEDICAL PARTNER
Ogólnopolskie Centrum Zaopatrzenia Medycznego
infolinia 24/7: +48 792 863 761 tel./fax. 62 751 24 02 / (62) 30 70 666
www.admed.org.pl zamówienia: sklep@admed.org.pl klient@admed.org.pl