(pieczątka oddziału)

# KARTA PRZYGOTOWANIA PACJENTA DO ZABIEGU OKULISTYCZNEGO

**Imię i nazwisko pacjenta:** ….....

Data zabiegu operacyjnego ….....

1. **Premedykacja** …..... ☐ Tak ☐ Nie
   /nazwa leku, dawka, data i godzina podania, pieczątka i podpis pielęgniarki anestezjologicznej/
2. **Leki podawane w dniu poprzedzającym zabieg zgodnie z procedurą** ☐ Tak ☐ Nie
3. **Leki podawane w dniu zabiegu zgodnie z procedurą** ☐ Tak ☐ Nie
4. **Inne leki podawane w dniu zabiegu** …..... ☐ Tak ☐ Nie
5. **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
   - manikiur ☐ Tak ☐ Nie
   - kolczyki (pirsing) ☐ 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. Parametry w dniu zabiegu

   **CTK** …..... **Tętno** …..... **Temperatura** …......

8. Badania: *poziom glikemii.* ……
   /data, godzina/
9. Uwagi …......

…......

…..... …......
(data, podpis i pieczątka pielęgniarki przygotowującej do zabiegu) (data, podpis i pieczątka pielęgniarki przygotowującej do zabiegu)

**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
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