

**Žádost o provedení vyšetření před výkonem v celkové anestezii – operační nebo diagnostický výkon**

Pacient – jméno a příjmení:	
Datum narození:	Kód zdravotní pojišťovny:

Plánovaný výkon diagnóza

Předběžný termín nástupu k výkonu

Druh výkonu

- A** malý (čas do 1 hod., krevní ztráta žádná, malé riziko) – např. diagnostický výkon
- B** střední (čas 1-4 hod., krevní ztráta do 15% cirkulujícího objemu)
- C** velký (čas nad 4 hod., krevní ztráta nad 15% cirkulujícího objemu)

**Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,
prosíme o provedení vyšetření a doplnění následujících údajů:**

- Základem je podrobná perinatální, osobní i rodinná anamnéza, aktuální váha a míra dítěte, alergie, trvalá medikace, závěry dispenzární péče, již prodělané operace, celkové posouzení klinického nálezu k provedení operačního nebo diagnostického výkonu v celkové anestezii.
- Laboratorní vyšetření se provádí pouze tehdy, pokud jeho nutnost vyplývá z pediatrického vyšetření (anamnéza, typ a rozsah operačního výkonu, přidružená onemocnění a jejich trend...)

Provedená vyšetření nesmí být starší 14ti dnů (u urologických pacientů týden).

- U všech operačních výkonů vč. ORL (adenotomie, tonzilomie a tonzilektomie – odstranění nosní mandle a celých či části mandlí krčních) je koagulační vyšetření nahrazeno vyplněním dotazníku na riziko krvácení, který vyplní PLDD. (**ČÁSTKA 1/2018 | VĚSTNÍK MZ ČR 47 Příloha 1 Dotazník ke zjištění poruch krevní srážlivosti**), u ORL operačních výkonů jiná laboratorní vyšetření nejsou požadována
- další vyšetření a doporučení příslušným specialistou:
 - KO + diff
 - Moč + sediment
 - Bakteriologické vyšetření moči
 - Základní koagulační vyšetření
 - Jaterní testy
 - Urea + kreatinin
 - jiné:

Poznámka:

- Nebude akceptováno vyšetření ve formátu „zdráv a schopen“. Základem je osobní anamnéza vč. perinatální, rodinná anamnéza, alergologická anamnéza, farmakologická anamnéza.
- Plánovaný operační výkon může být proveden nejdříve 14 dní po vyléčení respiračního infektu. Pokud se v době předoperačního vyšetření nebo i bezprostředně před přijetím vyskytne u pacienta objednaného k plánovanému výkonu jakýkoliv respirační infekce (není důležité, jestli se zvýšenou teplotou či bez ní), je třeba postupovat individuálně, konzultovat příslušnou ambulanci Dětské kliniky FNOL s ohledem na možnou kontraindikaci výkonu v celkové anestezii. V těchto případech prosím kontaktujte indikujícího lékaře, event. sestru.
- Očkování: živá (atenuovaná) vakcína – odklad 14 dní
Usmrcená (inaktivovaná) vakcína: odklad 3 dny

Vážená kolegyně/kolego, při nejasnostech nebo při patologickém nálezů v provedených odběrech můžete kontaktovat indikujícího lékaře, ne vždy je to důvodem k odložení výkonu. Další informace můžete získat na (www.fnol.cz).

Kontakt na specializovanou poradnu indikující výkon:

Příloha 1

Dotazník ke zjištění poruch krevní srážlivosti (vyplňuje a stvrzuje podpisem ošetřující PLDD i rodič dítěte)

Rodina:		
1. Je známa porucha srážlivosti krve u:		
rodičů dítěte?	ANO	NE
sourozenců dítěte?	ANO	NE
rodičů nebo sourozenců matky?	ANO	NE
rodičů nebo sourozenců otce?	ANO	NE
2. Vyskytlo se u některé z výše uvedených osob závažné krvácení?		
	ANO	NE
3. Trpí některá z výše uvedených osob od mládí zvýšenou krvácivostí (velmi silná menstruace, krvácení z dásní, velké modřiny)?		
	ANO	NE
Dítě:		
4. Tvoří se někdy velké nebo plastické modřiny u dítěte?		
	ANO	NE
5. Časté krvácení z nosu		
jednostranně	ANO	NE
oboustranně	ANO	NE
doba krvácení více než 5 min.?	ANO	NE
nutnost lékařského ošetření?	ANO	NE
6. Výrazné nebo opakované krvácení při prořezávání nebo vytržení zubů?		
	ANO	NE
7. Prodělané operace?		
	ANO	NE
Jaké:		
8. Užívání léků?		
	ANO	NE
Jakých:		
Dotazník zjistil poruchu krevní srážlivosti		ANO NE

Pokud je zaškrtnuto souhrnné ANO, je třeba kontaktovat S PŘEDSTIHEM dětského hematologa Dětské kliniky FNOL (8:00 – 15:00 hod, tel: 58 844 2798).

Datum	Jméno a příjmení lékaře	Podpis lékaře

Datum	Jméno a příjmení rodiče nebo zákonného zástupce	Podpis rodiče nebo zákonného zástupce