

.....
pieczęć świadczeniodawcy

KARTA KWALIFIKACYJNA
DO ZABIEGU OPERACYJNEGO W TRYBIE JEDNODNIOWYM

Nr identyfikacyjny w, dn.
Nazwisko i imię Data urodzenia
Adres
Telefon

WYWIAD:
.....
.....
.....

..... Masa ciała Wzrost

BADANIE PRZEDMIOTOWE:
.....
.....
.....

STAN MIEJSCOWY:
.....
.....

ROZPOZNANIE:

PLANOWANY ZABIEG:
.....

Aktualne szczepienia przeciw WZW B (przynajmniej 2x) ☐

Pacjent w klasie ASA:

I	II	III	IV	V
---	----	-----	----	---

UWAGA: Klasa I Pacjent ogólnie zdrowy
Klasa II Pacjent z łagodnym schorzeniem systemowym, które nie ma wpływu na znieczulenie.
Pacjent w klasie II wymaga dodatkowej konsultacji anestezjologa.

KRYTERIA WYKLUCZAJĄCE Z OPERACJI W TRYBIE JEDNODNIOWYM

	TAK	NIE
— klasa ASA 3,4,5 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— choroby krwi, skazy krwotoczne _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— choroby metaboliczne (cukrzyca) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— aktywne zakażenie (szczeg. dróg oddechowych) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— niezdiagnozowana lub nieskorygowana wada serca _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— drgawki w wywiadzie w ostatnich 6 miesiącach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— przewidywany czas operacji > 60 min. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— hipertermia złośliwa w wywiadzie rodzinnym _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— zabiegi z otwarciem jam ciała _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— zwiększone ryzyko krwawienia pooperacyjnego _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pacjent kwalifikuje się do zabiegu w trybie jednodniowym _____ ☐ ☐

Pacjent kwalifikuje się wyłącznie do operacji z hospitalizacją _____ ☐ ☐

Pacjent otrzymał prospekt informacyjny dotyczący operacji,
znieczulenia oraz przygotowania do zabiegu i opieki pooperacyjnej. ☐ ☐

...../...../.....
data

.....
podpis i pieczęć lekarza
kwalifikującego do zabiegu

Ewentualne uwagi lekarza anestezjologa:

.....

.....

.....

...../...../.....
data

.....
podpis i pieczęć lekarza
anestezjologa