

SPOŠTOVANA KOLEGICA / KOLEGA

Prosimo, da dopolnite diagnostiko pred operacijo sive mrene (katarakte) v lokalni, kapljični (topični anesteziji) in podate mnenje o primernosti bolnika za poseg v lokalni anesteziji.

PRIIMEK IN IME DATUM ROJSTVA	
SPREMLJAJOČE BOLEZNI	
REDNA TERAPIJA (obkrožite ustrezno)	
Bolnik jemlje tamsulosin <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne in koliko časa	
Bolnik je na antikoagulantni terapiji <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne vpišite zadnji INR	
Alergije	Diete
Razvade	
Prejšnji posegi v anesteziji in morebitni zapleti (opis in datum)	
Ostale pripombe	
PROSIMO, DA POSEBEJ OZNAČITE, ČE IMA BOLNIK	
1. NEUREJENO ARTERIJSKO HIPERTENZIJO <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne NAJVIŠJE IZMERJEN TLAK	
2. SLADKORNO BOLEZEN <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
3. PLJUČNO OBOLLENJE <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
4. KAKRŠNEKOLI PSIHOLOŠKE TEŽAVE, KI BI BOLNIKU OTEŽILE PRESTATI OPERATIVNI POSEG	
<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	

Kraj:

Datum:

Žig in podpis izbranega zdravnika:

V kolikor bomo na predoperativni pripravi ugotovili, da bolnik potrebuje dodatne preiskave, vas bomo prosili, da le te opravite.

VIR: Univerzitetni klinični center Ljubljana Očesna klinika; formular potrjen s strani Razširjenega strokovnega kolegija za oftalmologijo.