

Дата _____ Время _____
ФИО пациента _____

ПАМЯТКА ПАЦИЕНТУ

АМБУЛАТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПО УДАЛЕНИЮ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Уважаемый пациент!

Вам планируется оперативное вмешательство в БУЗОО «Клиническая офтальмологическая больница им. В.П.Выходцева». Убедительная просьба, прочитать эту памятку до конца. **В случае отсутствия какого-либо из анализов и заключений, или не соответствия сроков годности, мы будем Вынуждены, отказать Вам в оперативном лечении.**

Адрес: ул. Декабристов 41, 2 этаж операционный блок

Для подготовки и проведения операции Вам необходимо:

Пройти обследования по месту жительства(бесплатно), частной клинике или в нашей больнице на платной основе.

Перечень анализов:

1. Заключение терапевта, (полный диагноз с указанием лекарственной терапии) при наличии в анамнезе инфаркта миокарда нарушения ритма сердца необходимо заключение врача-кардиолога- действительно 2 недели.
2. Клинический развернутый анализ крови - действительно 2 недели.
3. Анализ мочи — действительно 2 недели.
4. Анализ крови на глюкозу (при заболевании сахарным диабетом-заключение эндокринолога, с указанием лекарственной терапии) — действительно 2 недели.
5. Кровь на сифилис, метод ИФА суммарные антитела, или РПГА на сифилис — действительно 6 месяцев(при положительном результате — консультация врача-дерматовенеролога).
6. Кровь на микрореакцию — действительно 6 месяцев.
7. HbS Ag — действительно 1 месяц(при положительном результате консультация врача -инфекциониста).
8. АнтиВГС (метод ИФА) — действительно 1 месяц(при положительном результате консультация врача -инфекциониста).
9. Флюорография либо рентгенография легких (копия) — действительно 1 год.
10. ИФА на ВИЧ — действительно 1 месяц.
11. Прививочный сертификат с отметкой о прививке от дифтерии + копия
12. При себе иметь:
13. сменную обувь
14. Паспорт+копия

В день операции косметикой не пользоваться.

Перевязки проводятся на следующий день после операции _____ часов