

**W trosce o przeprowadzenie zabiegu w planowanym terminie i bezpieczeństwo pacjenta zalecamy wszystkim wstępnie kwalifikowanym do zabiegów protezoplastyki stawów wykonanie następujących badań i konsultacji.**

1. Szczepienia p/WZW typu B lub oznaczenie poziomu p-ciał anty HbS jeśli pacjent był szczepiony w przeszłości (dawniej niż 5 lat przed planowanym zabiegiem). Pacjenci którzy przebyli WZW typu B powinni oznaczyć antygen HbS, co ma znaczenie w postępowaniu przez personel szpitala z pacjentem będącym nosicielem WZW-B lub C. Pacjent który, decyduje się na zabieg operacyjny bez szczepień p WZW t B odnotowuje ten fakt w zgodzie na zabieg operacyjny (po wcześniejszym udzieleniu przez lekarza informacji nt ewentualnych powikłań wynikających z braku ww szczepień).
2. Zaświadczenie od lekarza POZ o wyrównaniu chorób przewlekłych oraz stosowanym leczeniu.
3. Proszę o zaświadczenie od lekarza stomatologa o sanacji jamy ustnej (brak ubytków i próchnicy) w okresie nie większym niż 4 tygodnie przed operacją. W razie ich obecności należy wyleczyć zęby.
4. Aktualnego ( do 3 m-cy przed zabiegiem ) RTG miednicy ze stawami biodrowymi lub RTG kolan na stojąco co umożliwi wcześniejsze zaplanowanie przebiegu samej operacji i zamówienie specjalnych implantów jeśli będzie to konieczne. Wskazane też jest RTG płuc w celu zapobieżenia dyskwalifikacji pacjenta z powodu choroby układu oddechowego.
5. Kobieta powinna mieć zaświadczenie od ginekologa o braku ognisk zapalnych w obrębie narządów rodnych (każda infekcja w organizmie może spowodować wtórne zakażenie implantu-protezy, a tym samym trwałe kalectwo w przyszłości).
6. W przypadku pozostawiania pacjenta pod stałą opieką np. kardiologiczną, endokrynologiczną, diabetologiczną, pulmonologiczną, chirurga naczyniowego itp. – wskazane jest również uzyskanie zaświadczenia od lekarza prowadzącego o braku przeciwwskazań do w/w zabiegu i ewentualnych zaleceniach dla operatora w okresie okołoperacyjnym (lekarz który na stałe leczy pacjenta wie najlepiej co może grozić pacjentowi w trakcie nowej sytuacji zdrowotnej jaką jest poważna operacja).
7. Wykonanie badania posiewu z przedsionka nosa w kierunku nosicielstwa MRSA oraz grupy krwi na miesiąc przed zabiegiem operacyjnym. Wykonany odpowiednio wcześniej posiew z nosa da możliwość przeleczenia infekcji jeśli taka będzie, przed planowanym zabiegiem i zmniejszy ryzyko ewentualnego zakażenia protezy (jak w punkcie 3-cim), a oznaczona grupa krwi umożliwi wcześniejsze zarezerwowanie krwi w laboratorium. Z tych powodów sugerujemy zgłoszenie się do lekarza w oddziale, z wynikiem posiewu z nosa oraz wynikiem grupy krwi na miesiąc przed zabiegiem.
8. Na 10 dni przed przyjęciem prosimy o wykonanie następujących badań.
  - Morfologia, APTT , PT , CRP, elektrolity, mocznik , kreatynina , glukoza na czczo, Hemoglobina glikozylowana HbA1C badanie ogólne moczu
  - oznaczenie poziomu TSH , fT3 , fT4 - u pacjentów leczonych z powodu niedoczynności lub nadczynności tarczycy .
9. Odchylenia w ww. badaniach po wykonaniu ich w szpitalu mogą spowodować konieczność wypisania pacjenta z oddziału i ponownej kwalifikacji do zabiegu. Jeśli pacjent zgłasza się bez ww. badań prosimy aby w chwili przyjęcia był na czczo.
10. Pacjenci przewlekle przyjmujący Acard proszeni są o jego odstawienie na 7 dni przed planowanym zabiegiem, a pacjenci przewlekle przyjmujący leki wpływające na krzepliwość krwi (Acenocumarol, Syncumar, Warfin, Plavix, Ticlo) na 7-14 dni przed zabiegiem powinni być przedstawieni pod kontrolą lekarza POZ lub lekarza prowadzącego na preparat heparyny drobnocząsteczkowej. Unikniemy w ten sposób nadmiernego, groźnego dla życia krwawienia podczas operacji.
11. Pacjent zgłaszający się do Oddziału musi posiadać obuwie na gumowej podeszwie obejmujące piętę (np. trampki) oraz kule łokciowe co ułatwi profesjonalną rehabilitację.
12. Przewidywany okres pobytu w Oddziale 4-5dni (pionizacja i nauka chodzenia rozpoczyna się w dniu następnym po zabiegu operacyjnym).
13. Pacjenci u których występują zmiany żylakowe oraz pacjenci po operacyjnym leczeniu żylaków, jak również ci , u których w przeszłości wystąpiły incydenty zakrzepowe powinni posiadać pończochy przeciwżylakowe (2 stopień ucisku).
14. Otyłość jest p/wskazaniem do zabiegu protezoplastyki. W przypadku otyłości konieczna jest redukcja masy ciała. W przypadku braku zastosowania się do tych zaleceń termin przyjęcia pacjenta ulegnie odroczeniu.
15. Prosimy o 14 dniowy zapis (dzienniczek) pomiarów ciśnienia krwi (3 pomiary dziennie rano,południe, wieczór)

**Zrealizowanie powyższych zaleceń ma celu wykonanie zabiegu operacyjnego podczas hospitalizacji w wyznaczonym terminie. W przypadku braku badań i konsultacji zachodzi konieczność ich wykonania w Oddziale co wydłuży pobyt, a w razie nieprawidłowych wyników lub wykrycia schorzeń operacja nie będzie się mogła odbyć z wyznaczonym terminie. Pacjent zostanie czasowo zdyskwalifikowany z leczenia operacyjnego do czasu wyleczenia. Na nowym termin pacjent oczekuje zgodnie z kolejką NFZ.**

Nazwisko i Imię, PESEL

## Karta wstępnej kwalifikacji do zabiegu endoprotezoplastyki

Wstępna data przyjęcia do Oddziału ..... do IP tutejszego szpitala godz 13.00

Wstępna data zabiegu operacyjnego .....

Nazwa zabiegu:

Podany powyżej termin NIE JEST TERMINEM OSTATECZNYM i może ulec zmianie z przyczyn technicznych, administracyjnych i losowych.

Na 6 miesięcy przed wyznaczoną datą zabiegu operacyjnego nie wolno przyjmować iniekcji (wstrzyknięć) do stawu który ma być operowany.

Przekazano karę zaleceń dla pacjentów wstępnie kwalifikowanych do zabiegów endoprotezoplastyki stawów. Prosimy o wykonanie sugerowanych badań i konsultacji, oraz zgłoszenie się z wynikami w ww terminach.

Proszę o telefoniczne potwierdzenie terminu przyjęcia na 6 miesięcy a następnie 3 miesiące przed wyznaczoną wstępną datą przyjęcia do Oddziału.

Dane kontaktowe Oddziału Urazowo-Ortopedycznego: tel. (46) 874 20 02 wew 311 lub komórkowy 506 008 738  
e-mail: ortopedia@szpital-brzeziny.pl

## Kontrola Masy Ciała

Data	Wzrost (cm)	Masa Ciała (kg)	BMI
------	-------------	-----------------	-----

Zgodnie z zarządzeniem NFZ oryginał skierowania pozostaje w Oddziale kwalifikującym chorego do zabiegu. W przypadku chęci zapisania w innej placówce należy wcześniej zrezygnować z terminu w tutejszym Oddziale i odebrać oryginał skierowania.



## Szanowni Państwo

1. Stosowanie leków to bardzo ważny element terapii, jakiej zostają poddani nasi pacjenci podczas pobytu w szpitalu. Leki będą podawane **na podstawie zlecenia lekarza prowadzącego**.
2. Zabronione jest samowolne stosowanie innych leków niż te, które zleci lekarz prowadzący. Dotyczy to szczególnie leków dostępnych bez recepty oraz licznych suplementów diety. Stosowane dodatkowo inne leki niż w zleceniu oraz suplementy diety mogą w istotny sposób współdziałać z lekami podawanymi w szpitalu.  
Są to preparaty zawierające liczne substancje najczęściej pochodzenia naturalnego. Ich współdziałanie ze składnikami leków dopuszczonych do obrotu nie jest jeszcze do końca zbadane. Stąd też powstaje realne ryzyko nieprzewidywanych i niekorzystnych działań. Stosowanie tego typu preparatów może w znacznym stopniu utrudnić diagnozę schorzenia, zakłócić proces leczenia, spowodować wystąpienie przykrych objawów w trakcie leczenia.
3. Jest oczywiste, że można stosować leki i suplementy diety zlecone przez lekarza z powodu innych schorzeń. Jeżeli Państwo/ Państwa dziecko stosują takie leki lub suplementy diety **prosimy o wypełnienie formularza znajdującego się na odwrocie**.
4. Jeżeli stosujecie Państwo/ Państwa dziecko inne leki, to w momencie zgłoszenia się do szpitala **prosimy przynieść je w oryginalnym opakowaniu** i postaci umożliwiającej ich podawanie **w ilości wystarczającej na 5 dni**.
5. Lekarz prowadzący na podstawie wypełnionego formularza podejmie stosowną decyzję o dalszym stosowaniu lub odstawieniu tych leków podczas leczenia w naszym szpitalu. Zostaniecie Państwo o tym dokładnie poinformowani.
6. Przyniesione przez Państwa opakowania leków, które nie będą potrzebne w leczeniu, zostaną oddane opiekunowi/osobie bliskiej lub innej osobie, którą upoważniliście Państwo do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia
7. We własnym interesie nie stosujecie Państwo innych leków niż te, które zleci lekarz. Nie przechowujcie ich w swoich rzeczach osobistych i szafkach.<sup>1</sup>

### <sup>1</sup>Jak wypełnić znajdujący się po drugiej stronie formularz?

Wypełnij tylko białe pola tabeli

W polu „Nazwa leku i dawka” wpisz czytelnie nazwę leku i dawkę z opakowania

W polu „jak stosowany” wpisz w jaki sposób jest lek dawkowany (np. 1 tabl. 3 razy dziennie; 5ml syropu 2 razy dziennie itp.)

W polu „jak długo” wpisz jeden z podanych symboli

- |   |                     |
|---|---------------------|
| 1 | SPORADYCZNIE        |
| 2 | MNIEJ NIŻ 1 MIESIĄC |
| 3 | OD 1 DO 3 MIESIĘCY  |
| 4 | 3 DO 6 MIESIĘCY     |
| 5 | WIĘCEJ NIŻ 1 ROK    |

Wpisz do formularza wszystkie stosowane regularnie leki nawet i te dostępne bez recepty i suplementy diety.



Brzeziny dn.: ...../...../20.....r

## LEKI I SUPLEMENTY DIETY UŻYWANE PRZEZ PACJENTA W OKRESIE POPRZEDZAJĄCYM PRZYJĘCIE DO SZPITALA

WYPEŁNIONE PRZEZ:				<input type="checkbox"/> PACJENTA	<input type="checkbox"/> PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA/ OPIEKUNA/ BLISKIEJ OSOBY	
Pacjent		Imię	Adres	Nazwisko	PESEL	
Przedstawiciel ustawowy/ opiekun/bliska osoba		Imię	Adres	Nazwisko	Nr. TELEFONU	
L p	Nazwa leku i dawka	Jak stosowany		Jak długo	Decyzja lekarza	Uwagi
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9.						

Podpis pacjenta lub  
przedstawiciela  
ustawowego

Formularz przyjęł

Podpis lekarza

W polu „Decyzja Lekarza” zaznaczyć: 1 włączam do zlecenia; 0 - odstawiam