

Sanatorio San Lucas

FORMULARIO PREQUIRURGICO

Estimado Sr./Sra.: Las recomendaciones y la información requerida que a continuación le solicitamos serán de mucha utilidad para brindarle una mejor atención. Le sugerimos que dicha información la realice con tiempo y tranquilidad. Las mismas son necesarias para efectuar cualquier tipo de intervención o procedimientos (cirugía, estudios diagnósticos, punciones, etc.) Para su mayor comodidad encontrará escritos en **negrita** los ítems que son importantes repasar y/o recordar el día de su ingreso al Sanatorio.

Es requisito indispensable la presentación de este formulario, debidamente completado, el día de su ingreso para poder llevar a cabo la intervención. Caso contrario la misma no podrá ser realizada.

Cualquier duda al respecto puede consultarla con su médico.

Es imprescindible **traer todos los estudios que se le efectuaron últimamente.**

(Electrocardiograma, análisis, radiografías, tomografía computada, resonancia magnética, ecografías, etc.), aunque su médico ya los haya visto en el consultorio.

En caso que su intervención se efectúe sin internación es necesario que **concurra con un acompañante**. También le recomendamos no conducir, manejar máquinas ni tomar decisiones importantes en las horas inmediatas a su egreso.

Para ingresar al Area de Quirófanos se le solicitará quitarse su ropa y colocarse otra especial; esto no tiene relación al tipo o envergadura del procedimiento que se le efectuará, sino que es requisito para ingresar a un Area Restringida.

En caso de programársele transfusiones concurrir al Serv. De Hemoterapia 2 (dos) días antes de la intervención (de Lu a Vi de 09 a 17 hs.)

Desde ya muchas gracias por su colaboración.

Para leer y completar por el paciente:

Nombre y Apellido: **Tel:**

Fecha Nac: **Sexo:** **Altura:** **Peso:**

CUESTIONARIO: marcar con X donde corresponda

[illegible]

(*) Si le resulta mejor, puede pegar el recorte del envase de su medicación.

Si no recibió indicaciones específicas CONSULTE A SU MÉDICO RESPECTO A

SI DEBE SUSPENDER LA TOMA DE SU MEDICACIÓN ANTES DE LA INTERVENCIÓN.

Conoce padecer o haber padecido:

<i>Problemas cardíacos o vasculares</i>	NO	SI	Comentarios
Presión alta o baja?			
Antecedentes de ataques cardíacos?			
Es portador de marcapasos?			
Tiene várices?			
OTROS:			
<i>Problemas Respiratorios</i>	NO	SI	Comentarios
Asma/silbidos/falta de aire/respiración difícil?			
Fuma? Ha fumado en el pasado?			
OTROS:			
<i>Problemas Gastrointestinales</i>	NO	SI	Comentarios
Úlceras, gastritis, vómitos con sangre?			
OTROS:			
<i>Problemas de Hígado</i>	NO	SI	
Hepatitis / Cálculos en la vesícula?			
OTROS:			
<i>Problemas Urinarios/Endocrinológicos</i>	NO	SI	Comentarios
Infecciones urinarias?			
Ha sido dializado ?			
ES DIABÉTICO?			
Problemas de Tiroides?			

OTROS:			
<i>Problemas neurológicos</i>	NO	SI	Comentarios
Convulsiones/epilepsia/Ataques cerebrales?			
Debilidad/parálisis/Miastenia?			
OTROS:			
<i>Sangre</i>	NO	SI	Comentarios
Ha recibido transfusiones?			
Sufre de anemia?			
Problemas de sangrado / coagulación			
moretones espontáneos?			
OTROS:			
<i>Anestesia</i>	NO	SI	Comentarios
<i>Recibió anestesia alguna vez?</i>			
Tuvo fiebre durante alguna cirugía? Algún			
familiar tuvo éste problema?			
Historia de intubación difícil?			
Problemas de la vía aérea?			
Problemas para despertarse después de una			
anestesia?			
PRÓTESIS DENTAL			Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Fija <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/>
Dientes flojos?			
Dificultad para abrir la boca?			
Problemas de columna?			
<i>Historia Quirúrgica</i>	NO	SI	
Se le ha efectuado alguna operación?			Cuál?
General	NO	SI	Comentarios
Existe posibilidad de embarazo?			
Problemas Psiquiátricos?			
Uso de drogas/alcohol?			
Sufre de Glaucoma o presión ocular?			
Tiene alguna restricción de tipo religioso?			
Realizó alguna prueba de HIV (SIDA)			Fecha: Resultado:
ALERGIAS	NO	SI	Comentarios
Es Ud. Alérgico a algo?			
Qué reacción le ha provocado?			
Usa Ud:	NO	SI	Comentarios
Audífono/uñas esculpidas			
Anteojos/lentes de contacto?			

Inmunizaciones	NO	SI
Ha recibido plan de Vacunación Antitetánica		
últimamente? (*)		
Otras Vacunas?Cuál?		

(*) Se entiende por plan completo el haber recibido: 1ra. Dosis, 2da. Dosis al mes y 3ra. dosis al año. Si Ud. Ha cumplido este plan no olvide presentarse con su comprobante de vacunación.

Higiene prequirúrgica: Es importante que realice el baño prequirúrgico que se le indica, ante cualquier duda consulte a su médico. Tomar un baño diario (de ducha únicamente) desde 3 (tres) días antes usando jabón de Iodopovidona. De ser alérgico al yodo utilizar Clorhexidina (conseguirá estos antisépticos en cualquier farmacia). El baño del día de la cirugía tomarlos dentro de las 3 hs anteriores a su ingreso al Sanatorio.

Lavar durante el baño el cabello (puede usar champú), ombligo, pliegues cutáneos y cepillar uñas de pies y manos. Por favor, coloque las fechas en que toma los baños:

1er baño: 2do baño: 3er baño:

El día de la intervención presentarse sin esmalte de uñas.

No efectúe el rasurado ni depilado de la zona a operar en su casa. De ser necesario y/o estar indicado se le realizará en el Sanatorio.

Consejos útiles: - Evite traer todo tipo de alhajas, dinero o cualquier objeto de valor, caso contrario se le pedirá retirarlas/los para entregárselo a su acompañante.

- El cabello debe estar seco. Retire hebillas y clips metálicos. Si quiere, puede usar gomitas o vinchas elásticas.

- Utilice ropa cómoda y holgada, fácil de retirar y colocar

- Si se le ha indicado AYUNO recuerde no ingerir ningún alimento líquido ni sólido por el lapso de 8 hs anteriores a la hora de la intervención. Tampoco puede tomar agua, mascar chicle o comer caramelos. Si dentro de ese lapso de tiempo debe tomar alguna medicación, consulte a su médico.

No olvide presentarse en la oficina de Admisión con: Orden de Internación o Intervención autorizada por su cobertura médica, credencial de la misma y su Documento de Identidad.

Ante cualquier duda llámenos al Tel.: 4732-8888 Dpto. De Admisión, Int. 505/514

Tiene algún otro condicionamiento o comentario que considere relevante?

.....
Lugar y Fecha

.....
Firma y Aclaración del Paciente o Responsable