

ARO formulár pred operáciou

Meno, priezvisko a rodné číslo pacienta :

Je alergický na :
/vymenovať aj potravinové alergie- vaječné bielko, sója, arašidy.../

Trpí pacient nejakou vážnou chorobou /-ami/ ? Akou? :
/ochorenia srdca , pľúc, obličiek, epilepsia, febrilné kŕče, svalové ochorenia, choroby
krvi.../

.....
Je dispenzarizovaný / sledovaný/ na nejakej špecializovanej- odbornej ambu-
lancii? Na akej a pre aké ochorenie? :

.....
Užíva nejaké lieky? Aké? :

Má pacient alebo jeho blízka rodina problémy s krvácanosťou? Aké? :

Boli problémy pri predchádzajúcej anestézii? Aké? :

.....
Interné predoperačné vyšetrenie :
/prosím doplniť alebo priložiť/

Odbery :

/Prosím vypísať alebo priložiť/

KO+ TRO, QUICK, APTT, Tr.čas, INR, Hepatal.testy, Kreat., Gcl

Podpis pacienta
alebo zákonného zástupcu

Podpis a pečiatka obvod. lekára
alebo pediatra

.....

.....