

## **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 ambulancii?  
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, KAPTČ, Tr.čas, INR, Hepatal.testy, Kreat., Gcl

Podpis pacienta  
alebo zákonného zástupcu

.....

Podpis a pečiatka obvod. lekára  
alebo pediatra

.....