

ŽÁDANKA O PŘEDOPERAČNÍ VYŠETŘENÍ DĚTSKÉHO PACIENTA

(vyplňuje indikující lékař operačního oboru)

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Zdravotní pojišťovna:

Bydliště:

Zákonný zástupce:

Diagnóza:

Indikovaný operační výkon, strana:

Předběžný termín nástupu k operaci:

Požadavky k anestezii (poloha, odhadovaná délka trvání, monitorované lůžko):

Doplňující požadavky k předoperačnímu vyšetření:

Datum:

Indikující lékař:

Požadavky pro předoperační vyšetření dětského pacienta (dle Věstníku MZ ČR 1/2018)

Dětská pacient: donošený novorozenec – 18 let a 365 dní

Provádí:

- pediatr / PLDD

- platnost u dětí 2 týdny, není-li důvod vyžadovat nové vyšetření – např. při změně zdrav. stavu

Náležitosti předoperačního vyšetření:

- **kompletní anamnestická data:** RA, OA, FA, GA, AA, abusus, SA

- **fyzikální vyšetření:** včetně TK, AS, výška, váha, BMI

- **přítomnost krvácivých projevů:** snadná tvorba modřin, krvácení z nosu, dásní, silné menstruační krvácení, viz příložený dotazník (event. doplnit laboratorní vyšetření)

- **celkové zhodnocení zdravotního stavu a způsobilosti podstoupit operaci v celkové anestezii + doporučení**

- **komplementární vyšetření:**

laboratoř: jen tehdy, pokud vyplne jeho nutnost z pediatrického vyšetření.

Dále volit individuálně dle přidružených onemocnění a povahy výkonu. (EKG, RTG,...)

vyšetření specialistou: dle přidružených onemocnění (plicní lékař/alerolog, kardiolog, endokrinolog,...)

Odstup od operace po prodělaném infekčním onemocnění

lehčího typu (katar HCD, herpes simplex, viróza, nachlazení apod.) - 2 – 3 týdny od posledních příznaků onemocnění

těžšího typu (bronchopneumonie apod.) - 4 – 6 týdnů od posledních příznaků onemocnění

Odstup od posledního per os příjmu

0 - 6 měsíců: kojení/mléko/pevná strava 4 hodiny; čiré, neperlivé tekutiny (voda/čaj) 2 hodiny
6 měsíců - 18 let: kojení/mléko/pevná strava 6 hodin; čiré, neperlivé tekutiny (voda/čaj) 2 hodiny

Dotazník ke zjištění poruch krevní srážlivosti

(vyplňuje a stvrzuje podpisem lékař a rodič dítěte)	
Rodina:	
1. Je známa porucha srážlivosti krve u:	
rodičů dítěte?	ANO - NE
sourozenců dítěte?	ANO - NE
rodičů nebo sourozenců matky?	ANO - NE
rodičů nebo sourozenců otce?	ANO - NE
2. Vyskytlo se u některé z výše uvedených osob závažné krvácení?	ANO - NE
3. Trpí některá z výše uvedených osob od mládí zvýšenou krvácivostí (velmi silná menstruace, krvácení dásní, velké modřiny)	ANO - NE
Dítě:	
4. Tvoří se někdy velké nebo plastické modřiny u dítěte?	ANO - NE
5. Časté krvácení z nosu?	jednostranně oboustranně – NE
Doba krvácení více než 5 min.?	ANO - NE
Nutnost lékařského vyšetření?	ANO - NE
6. Výrazné nebo opakované krvácení při prořezávání nebo vytržení zubů?	ANO - NE
7. Prodělané operace? Jaké?	ANO - NE
8. Užívání léků? Jakých?	ANO - NE

**Souhrn: Dotazník zjistil poruchu krevní srážlivosti ANO – NE
pokud je zaškrtnuto souhrnné ANO, je třeba doplnit příslušná laboratorní vyšetření.**

Datum

podpis lékaře

podpis rodiče nebo
zákonného zástupce