

ŽÁDANKA O PŘEDOPERAČNÍ VYŠETŘENÍ DĚTSKÉHO PACIENTA

(vyplňuje indikující lékař chir. oboru)

Jméno a příjmení:**Rodné číslo:****Zdravotní pojišťovna:****Bydliště:****Zákonný zástupce:****Diagnóza:****Indikovaný operační výkon, strana:****Předběžný termín nástupu k operaci:****Klasifikace dle závažnosti a rozsahu:** A / B / C**Požadavky k anestezii** (typ anestezie, 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, alergie, abusus, SA- **fyzikální vyšetření:** včetně TK, AS, event. SpO₂, výška, váha, BMI- **přítomnost krvácivých projevů:** snadná tvorba modřin, krvácení z nosu, dásní, silné menstruační krvácení, viz přiložený dotazník. (event. doplnit laboratorní vyšetření)- **klasifikace ASA a klasifikace dle povahy výkonu**- **celkové zhodnocení zdrav. stavu a event. doporučení**- **komplementární vyšetření:****laboratoř:** jen tehdy, pokud vyplývá 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, virosa, 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 <u>stvrzuje podpisem</u> 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