

## **Informační leták pro klienty objednané k ambulantnímu výkonu**

Vážená paní – pane,

rozhodl/a jste se podstoupit operační zákrok v našem ambulantním zařízení v režimu tzv. **jednodenní chirurgie**. Ambulantní, popř. semiambulantní výkon znamená, že se dostavíte do zařízení ve stanovenou hodinu až v den operace a týž den – ev. následující den ráno se vrátíte v doprovodu zletilé osoby domů. Doprovázející osoby získají informace o operovaném na čísle operačních sálů (4. patro): 242 426 461,731 503 129

### **Před výkonem:**

Předpokládáme, že se dostavíte na lačno, neboť bolestivá ošetření a zákroky jsou prováděny v některém ze způsobů znecitlivění (anestezie) – ať v místní, svodné či celkové. **Poslední lehké jídlo a pití je povoleno 6 h před zákrokem. Při nutnosti požití dlouhodobě užívaných léků je možno se napít 3 – 4 h před zákrokem, ale vždy o tom musí být informován anesteziolog. Je doporučeno vyhnout se alkoholickým nápojům a kouření 24 h před celkovou anestezí.** Neužívejte alespoň týden před operací salicyláty (Acylpyrin) pro možnost většího krvácení. Před velkými operacemi (delší než 2 – 3 h) se doporučuje měsíc vysadit antikoncepci. Večer před zákrokem je možno si vzít tabletku na spaní. **V den výkonu odstraňte svůj běžný make-up a žádný nenanášejte. Pokud používáte barevné krycí laky, odlakujte si nehty. Při operacích v oblasti břicha (abdominoplastika, miniabdominoplastika) musí být dostatečně oholena operovaná plocha i s částí podbřišku.** Předpokládá se, že neproděláte akutní onemocnění v období asi třech týdnů před plánovanou operací (viróza, nachlazení apod.) Jakékoli onemocnění oznamte svému lékaři. Před operací se vyhněte se nadměrnému slunění, obzvláště oblasti břicha a nedržte přísnou dietu, obojí může omezit vaši schopnost hojení.

Odložte před výkonem kontaktní čočky, všechny protézy, sluchadlo atd. Přineste s sebou průkaz pojištění, dohodnuté lékařské vyšetření a dlouhodobě užívané léky. Informujte svého anesteziologa přesně a úplně o svém zdravotním stavu (vyplňte přiložený dotazník), případně o změnách od posledního vyšetření a o snášenlivosti anestezie v minulosti. Není vhodné jet k výkonu vlastním autem jako řidič – zpět nebudete moci řídit. Zajistěte si, aby Vás někdo vyzvedl a postaral se o Vás po výkonu a aby Vás někdo očekával doma.

### **Anestezie**

Za vyřazení bolesti a udržování životně důležitých funkcí během operačního výkonu je zodpovědný lékař – anesteziolog, který vždy spolupracuje s operátérem a společně představují sebraný tým. Existují různé způsoby vyřazení bolesti (anestezie):

- 1. Celková anestezie (narkóza)** – po celou dobu se pacient nachází ve stavu spánku. Již krátce po probuzení pociťuje bolest v ráně a v prvních 24 hodinách se mohou objevit různé lehké obtíže (ospalost, škrábání v krku, nevolnost atd.).
- 2. Svodná anestezie** – vyřazení bolesti pouze v určitém rozsahu v oblasti místa operace. Umrtvení přetrvává ještě určitou dobu po zákroku, je minimum nežádoucích účinků typu nevolnosti apod., ale mohou se vyskytnout jiné komplikace typu bolestí hlavy, v zádech, potíže s prvním vymočením atd.

Při volbě anestezie je nutno zvážit, že žádný způsob není bez rizika, každý má své klady a zápory. Bezpečnost velice záleží také na samotném anesteziologovi, který po zvážení Vašeho zdravotního stavu a typu zákroku doporučí pro Vás nejvhodnější postup, zodpoví Vaše otázky a vyžádá si písemný souhlas.

Po výkonu: 24 – 36 hodin není vhodné řídit auto, požívat alkohol, činit závažná rozhodnutí, zůstat sám. Pokud se vyskytnou jiné obtíže, než na které bylo upozorněno – volejte anesteziologa 731 503 129 nebo operátéra.

**MUDr. Hana Sechovská**  
anesteziolog

## DOTAZNÍK

Příjmení ..... Jméno ..... r.č. ....  
 Bydliště ..... tel. .... zdr. poj. ....  
 Na jaký zákrok jdete ..... váha ..... výška .....

*JAKÉ OPERACE JSTE JIŽ PRODĚLAL/A A V JAKÉ ANESTEZII (MÍSTNÍ, SVODNÁ, CELKOVÁ):*

*VÍTE O NĚJAKÝCH KOMPLIKACÍCH U VÁS BĚHEM NEBO PO OPERACI (POPIŠTE JE):*

**ZAŠKRTNĚTE X ANO NEBO NE, EVENT. PODTRHNĚTE CO SE HODÍ**

**ANO NE**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Léčíte se se srdcem (zadýchávání při námaze, bolesti za hrudní kostí, otoky nohou, stav po infarktu, poruchy srdečního rytmu)                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Léčíte se na vysoký tlak (jak dlouho)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Trpíte průduškovým astmatem   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Prodělal/a jste TBC plic, zápal plic  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Léčíte se na cukrovku (dieta, tablety, inzulin)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Léčíte se se štítnou žlázou   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Léčil jste se někdy na onemocnění ledvin (záněty, kameny)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Máte potíže s prostatou   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Léčil jste se někdy pro onemocnění jater (žloutenka, mononukleóza)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Trpíte na vředovou chorobu žaludku, dvanáctníku nebo potíže se slinivkou   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Trpíte neurologickým onemocněním (epilepsie, myastenie, bolesti hlavy, obrny nervů, stav po mrtvičce, stav po borelióze, po operaci plotének, páteře...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Máte křečové žíly, záněty žil (trombóza, embolie)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Užíval/a jste někdy hormonální přípravky jako Prednison, Hydrocortison...  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Léčíte se na zelený zákal (glaukom)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Trpíte nějakou alergií – na co .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Měl/a jste někdy delší krvácení (z nosu, po vytržení zubu, po zranění)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Léčil/a jste se někdy na onkologii, byl/a jste ozařován/a  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Měl někdo z Vašich pokrevných příbuzných komplikace během anestezie (například nejasné úmrtí při operaci)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Máte po černé kávě pocit ztuhlosti kolem úst   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Máte uvolněné zuby nebo snímatelnou zubní náhradu  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Kouříte, požíváte více alkohol nebo máte jiné závislosti (léky na spaní, drogy)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Máte nějaké další ev. neléčené obtíže, které zde nebyly uvedeny  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Jste těhotná   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Které léky nyní užíváte: .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*SOUHLASÍM S PROVEDENÍM VÝKONU V – MÍSTNÍ – SVODNÉ – CELKOVÉ – ANESTEZII JAKO AMBULANTNÍ PACIENT. PROČETL JSEM INFORMAČNÍ LETÁK, POROZUMĚL JSEM VŠEM DOPORUČENÍM A JSEM SCHOPEN A OCHOTEN JE DODRŽET. BYL JSEM POUČEN O VŠECH RIZICÍCH A MOŽNÝCH KOMPLIKACÍCH.*

Datum: .....

Podpis pacienta: .....