



**КАТЕДРА ОРТОПЕДИЧНА ТРАВМАТОЛОГИЯ И  
РЕКОНСТРУКТИВНА ХИРУРГИЯ  
КЛИНИКА АРТРОСКОПСКА ТРАВМАТОЛОГИЯ  
НЕОБХОДИМИ ИЗСЛЕДВАНИЯ И КОНСУЛТАЦИИ ПРИ  
ПОСТЪПВАНЕ ЗА ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ:**

**Оперативна интервенция по К. П. № 159**

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Хемоглобин       | <input checked="" type="checkbox"/> СПИН- 30 дни  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Хематокрит       | <input checked="" type="checkbox"/> Хепатит, „Б” и „С”- 30 дни                                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Еритроцити       | <input checked="" type="checkbox"/> Урина   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Лейкоцити        |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> СУЕ              | <input checked="" type="checkbox"/> Електрокардиограма  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Тромбоцити       |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Време на кървене |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Кръвна захар     | <input checked="" type="checkbox"/> Рентгеново изследване на<br>крайника с разчитане - 30 дни |
| <input checked="" type="checkbox"/> Белтък           |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Общ билирубин    |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> АСАТ             | <b>КОНСУЛТАЦИЯ С:</b>   |
| <input checked="" type="checkbox"/> АЛАТ             | <input checked="" type="checkbox"/> интернист(кардиолог)-Важно!                               |
| <input checked="" type="checkbox"/> Урея             | <input type="checkbox"/> алерголог – при алергия  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Креатинин        | <input type="checkbox"/>  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Калий            |   |

- Всички изследвания важат 5 дни преди датата за приемане с изключение на тези срещу които е отбелязано (30 дни)

**В 9ч. на регистратура (1 етаж поликлиника ВМА) и след това в кабинет № 213 (травматологичен) пациентът представя:**

1. Направление за хоспитализация №7 придружено с амб. лист от прегледа
2. Лична карта
3. Направените изследвания и консултации (виж колонките )
4. Здравен картон (лична амбулаторна карта)
5. Справка от работодателя за ползван отпуск по болест за три год. назад
6. Ако приемате /Синтром, Аспирин/, консултирайте се с лекаря, който Ви е назначил лечението.

**Забележка:** Пациента да носи тоалетни принадлежности, самобръсначка, чехли, пижама, термометър, /за жените без лак на ноктите по крайниците./

**ИМЕ НА ПАЦИЕНТА:** \_\_\_\_\_

**ДИАГНОЗА:** \_\_\_\_\_

**Вашата дата за приемане в клиниката е:** \_\_. \_\_. \_\_\_\_ г.

**Дата:** \_\_. \_\_. \_\_\_\_ г.

**Планиращ лекар:** д-р Стефанов