



**КАТЕДРА ОРТОПЕДИЧНА ТРАВМАТОЛОГИЯ И
РЕКОНСТРУКТИВНА ХИРУРГИЯ
КЛИНИКА ЕНДОПРОТЕЗИРАНЕ И РЕКОНСТРУКТИВНА ХИРУРГИЯ
НЕОБХОДИМИ ПРЕДОПЕРАТИВНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ КОНСУЛТАЦИИ**

Оперативна интервенция по К. П. № 218

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Хемоглобин | <input checked="" type="checkbox"/> CRP |
| <input checked="" type="checkbox"/> Хематокрит | <input checked="" type="checkbox"/> Fe |
| <input checked="" type="checkbox"/> Еритроцити | <input checked="" type="checkbox"/> Урина |
| <input checked="" type="checkbox"/> Левкоцити | |
| <input checked="" type="checkbox"/> СУЕ | <input checked="" type="checkbox"/> Електрокардиограма |
| <input checked="" type="checkbox"/> Тромбоцити, Време на съсирване | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Време на кръвене, РТТ | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Кръвна захар | <input checked="" type="checkbox"/> Рентгеново изследване на
крайника с разчитане - 30 дни |
| <input checked="" type="checkbox"/> Общ белтък | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Общ билирубин | |
| <input checked="" type="checkbox"/> АСАТ | <u>КОНСУЛТАЦИЯ С:</u> |
| <input checked="" type="checkbox"/> АЛАТ | <input checked="" type="checkbox"/> интернист(кардиолог)-Важно! |
| <input checked="" type="checkbox"/> Урея, Пикочна киселина | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Креатинин, Урея | |
| <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 8-10ч. на регистратура (1 етаж поликлиника ВМА) и след това в кабинет № 213 (травматологичен) пациентът представя:

1. Направление за хоспитализация (№ 7)+амбулаторен лист – личен лекар!
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 /- т. 4 и 5 са необходими при издаване на болничен лист от ВМА/
6. Ако приемате Синтром, Аспирин или друг медикамент, влияещ на кръвосъсирването, консултирайте се с лекаря, който Ви е назначил лечението.

Забележка: Пациента да носи тоалетни принадлежности, самобръсначка, чехли, пижама, термометър

Двама кръводарители в кръвна банка на ВМА преди операцията!!!

ИМЕ НА ПАЦИЕНТА: _____

ДИАГНОЗА: _____

Вашата дата за приемане в клиниката е: ____ . ____ . ____ г.

Дата: __ / __ / __ г.

Планиращ лекар д-р Стефанов