Комплексен онкологичен център – Шумен
Отделение по хирургия

Чеклист при приемане

Общи хирургични операции

Пациент (име, презиме, фамилия) _____

ЕГН / ЛНЧ _____

Дата на операцията _____

Операция _____

Анамнеза

Алергии към медикаменти/храни	☐ да ☐ не
Антикоагуланти / антиагреганти	☐ да ☐ не
Захарен диабет	☐ да ☐ не
Сърдечно-съдови заболявания (АХ, ИБС, ритъмни нарушения)	☐ да ☐ не
Белодробни заболявания (ХОББ, астма)	☐ да ☐ не
Предходни операции	☐ да ☐ не
Тютюнопушене	☐ да ☐ не

Статус

Ръст и тегло (ИТМ)	☐ да ☐ не

Подготовка

ПКК, биохимия, коагулация, кръвна група	☐ направено
ЕКГ	☐ направено
Консултация с кардиолог (за всеки пациент)	☐ направено
Консултация с анестезиолог (документ № 2)	☐ направено
Информирано съгласие за операцията и анестезията	☐ направено
Тромбопрофилактика (НМХ)	☐ направено

Документи

Анамнеза	☐ направено
Статус	☐ направено
План за лечение	☐ направено
Кодиране (основна диагноза по МКБ-10, операция по АКМП)	☐ направено
Клинична пътека	☐ направено
Предоперативна епикриза	☐ направено

Лекуващ лекар

_____

имена · подпис · дата

Медицинска сестра

_____

имена · подпис