

|                                                                                                                                                                                            |                                                                                                               |                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>GIA clinic s. r. o.</b><br>zdravotnické zařízení plastické<br>a estetické chirurgie<br>Karlov 1, 79601 Prostějov<br>tel.: <b>+420 776 008 004</b><br><b>e – mail: info@giaclinic.cz</b> | <b>GIA clinic s.r.o.</b><br> | <b>MUDr. Jiřina Šilhánková</b><br><b>MUDr. Hana Klosová, Ph.D.</b><br><b>MUDr. Tomáš Klos</b><br><b>MUDr. Dmytro Glebov</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## Žádost o předoperační vyšetření

Vážená paní doktorko, Vážený pane doktore,  
prosíme Vás o předoperační vyšetření u pana/paní:

ID klienta

**Termín operace/výkonu dne:**

**čas:**

Potřebná předoperační vyšetření k plánované operaci:\*

- anamnéza, medikace, fyzikální vyšetření
- INHIXA k aplikaci den předem v 16:00hod
- krevní obraz
- ionty – Na, K, Cl
- aPTT, Quick
- moč + sediment
- HCG test
- HIV test, hepatitis B
- nitrooční tlak
- urea, kreatinin, jaterní testy, bilirubin, glykémie, CRP
- celková bílkovina, albumin
- vyjádření praktického lékaře o schopnosti pacienta podstoupit operační výkon

**Odběry krve a vyjádření praktického lékaře nesmí být starší 14 DNŮ před termínem operace/výkonu!**

Doplňková předoperační vyšetření dle onemocnění pacienta:\*

- RTG srdce + plíce
- EKG + popis
- mamograf
- UZ prsou
- SONO břicha
- Doppler žil (cévní ultrazvuk)
- lymfoscintigrafie
- CT
- nitrooční tlak
- psychiatrické vyšetření

**Doplňková předoperační vyšetření nesmí být starší 1 MĚSÍC před termínem operace/výkonu!**

**Nutno vysadit léky ovlivňující krevní srážlivost před operačním výkonem, dle ordinace lékaře.**

**Veškerá požadovaná předoperační vyšetření NASKENUJTE a ZAŠLETE na email: [info@giaclinic.cz](mailto:info@giaclinic.cz),**

**nejpozději TÝDEN před termínem operace/výkonu!**

(\*požadovaná vyšetření k výkonu jsou vybrána a označena lékařem)

**Děkujeme, Váš tým GIA clinic**