

Data:

Dane Jednostki Kierującej

KARTA KWALIFIKACYJNA DO ZABIEGÓW ENDOSKOPOWYCH
Pracownia Endoskopii Zabiegowej WSB.

Imię i Nazwisko chorego: _____ Wiek: _____

Lekarz Kierujący: _____ Dane kontaktowe (tel): _____

Rozpoznanie wstępne: _____

Istotne choroby współistniejące w tym zabiegu chirurgiczne zmieniające anatomię dróg żółciowych:

Stan świadomości:

kontakt słowno logiczny: TAK

Bez kontaktu słowno logicznego: TAK Jeżeli tak to kto wyrazi zgodę na zabieg: _____

Skala ASA:

_____ punktów.

Leczenie przeciwkrzepliwe lub antyagregacyjne (proszę wyszczególnić dawkę i rodzaj preparatu): _____

Hg:	Hct:	E:	L:	PLT:	MCV:	CRP:
INR:	PT:	APTT:	G. Krwi:	Aspat:	Alat:	ALP:
Bilirubina:	GGTP:	Na ⁺ :	K ⁺ :	Cukier:	Krea:	BUN:
Diastaza sur: <i>wielokrotność normy</i>	Diastaza mocz: <i>wielokrotność normy</i>	Inne:	Inne:	Inne:	Inne:	Inne:
Wymagane badania obrazujące						
RTG KLP <i>KLISZA</i>	Prawidłowe: <input type="checkbox"/>	Nieprawidłowe: <input type="checkbox"/> <i>Podaj szczegóły:</i>				
EKG <i>ZAPIS</i>	Prawidłowe: <input type="checkbox"/>	Nieprawidłowe: <input type="checkbox"/> <i>Podaj szczegóły:</i>				
USG	Szerokość d. żółciowych w mm.: _____ Szerokość p. Virsunga w mm.: _____ Kamica przewodowa: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Inne:					
CT <i>Opcjonalnie</i>	Szerokość d. żółciowych w mm.: _____ Szerokość p. Virsunga w mm.: _____ Kamica przewodowa: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Inne:					
MRI <i>Opcjonalnie</i>	Szerokość d. żółciowych w mm.: _____ Szerokość p. Virsunga w mm.: _____ Kamica przewodowa: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Inne:					
Cholangio MRI <i>Opcjonalnie</i>	Szerokość d. żółciowych w mm.: _____ Szerokość p. Virsunga w mm.: _____ Kamica przewodowa: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Inne:					

W przypadku zmian podejrzanych o nowotworowe: przyczyna dyskwalifikacji z leczenia operacyjnego:

Opcjonalnie Komentarz:

BEZWZGLĘDNE I WZGLĘDNE PRZECIWWSKAZANIA DO ZASTOSOWANIA PROCEDURY:

Przeciwwskazania względne:

- Świeży zawał m. sercowego.
- Ciężkie nieregulowane nadciśnienie tętnicze, przełom nadciśnieniowy.
- Ciąża.

Przeciwwskazania bezwzględne:

- Brak świadomej zgody pacjenta.
- Ostra niewydolność oddechowa, ciężka niewydolność krążenia/oddychania.
- Wstrząs niezależnie od etiologii.
- Masywne krwawienie do górnego odcinka przewodu pokarmowego ze wstrząsem hipowolemicznym, gdy wskazane jest leczenie operacyjne.
- Perforacja przewodu pokarmowego.
- Niedające się wyrównać nasilone zaburzenia krzepliwości krwi.

Wypełnioną kartę kwalifikacyjną prosimy o przesłanie pod numer faxu:

Proszę o przysyłanie chorych do WSB po godzinie 12.00.

Wymagane aktualne badania do znieczulenia ogólnego:

- *Morfologia*
- *Biochemia- Glukoza, Elektrolity: sód, potas, opcjonalnie gazometria tętnicza.*
- *Krzepnięcie – INR, wskaźnik protrombinowy, APTT*
- *EKG (zapis)*
- *RTG Klatki piersiowej (klisza)*
- *Grupa Krwi*

Podpis i pieczęć lekarza wypełniającego kartę kwalifikacyjną:
