

Nazwisko Imię PESEL Miejsce na naklejkę z danymi pacjenta	Uniwersyteckie Centrum Okulistyki i Onkologii Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach		FM 21
	Wydanie: 1	KARTA KONSULTACJI POOPERACYJNEJ	
	Obowiązuje od: 14-05-2012		

Data: _____ Godzina: _____

Rodzaj zabiegu:

Rodzaj znieczulenia:	<input type="checkbox"/> Analgosedacja <input type="checkbox"/> Znieczulenie miejscowe <input type="checkbox"/> Znieczulenie ogólne
Skala Aldreta:	Dolegliwości: <input type="checkbox"/> Ból pooperacyjny <input type="checkbox"/> PONV <input type="checkbox"/> Inne:

Stan ogólny:

HR: _____ RR: _____ Temp.: _____

Uwagi:

Badania dodatkowe:	Glikemia (dot. chorych na cukrzycę): _____ Inne: _____
Anestezjologiczne przeciwwskazania do wypisu:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak (uzasadnienie): _____

Pacjent poinformowany o zaleceniach może opuścić szpital.

Podpis pacjenta

Podpis i pieczęć lekarza