

Szanowna Pani Doktor, Szanowny Panie Doktorze,

W związku ze zgłoszeniem się do naszego ośrodka pacjentki/pacjenta:

.....
Celem przeprowadzenia kwalifikacji do zabiegu okulistycznego (usunięcie zaćmy lub witrektomii),zwracamy się z uprzejmą prośbą o wydanie zaświadczenia o stanie zdrowia osoby będącej pod opieką Pani Doktor/Pana Doktora.

Zabiegi tego typu wykonywane są w naszej placówce w znieczuleniu miejscowo-kropłowym oraz dożylniej sedacji prowadzonej przez anestezjologa.

Ze względu na bezpieczeństwo chorego, powodem, który nie pozwala na wykonanie zabiegu w trybie jednodniowym w naszej placówce, jest obecność określonych, poważnych schorzeń współistniejących wymienionych na odwrotnej stronie.

W takiej sytuacji pacjent będzie skierowany do leczenia w trybie stacjonarnym.

Podpisane przez Panią Doktor/Pana Doktora zaświadczenie o stanie zdrowia będzie stanowiło podstawę dalszego postępowania kwalifikacyjnego.

Dziękujemy za współpracę!

Ocena stanu zdrowia pacjenta

- niewydolność serca wg NYHA>110 Tak Nie
- nieskorygowana wada serca Tak Nie
- istotne kliniczne zaburzenia rytmu serca Tak Nie
- źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze (>150/90 mmHG) Tak Nie
- choroby płuc powodujące trudności w oddychaniu
– zaawansowana POChP, ciężka postać astmy Tak Nie
- niedostatecznie kontrolowana cukrzyca Tak Nie
(glikemia na czczo >160 mg%, HbAc1>8%)
- niezdolność do samodzielnego poruszania się Tak Nie
- schorzenia uniemożliwiające współpracę
i spełnianie poleceń (głuchota, demencja,
choroby psychiczne) Tak Nie
- patologiczna otyłość (BMI>40) Tak Nie
- niewydolność nerek wymagająca leczenia
nerkozastępczego Tak Nie
- aktywny proces nowotworowy Tak Nie
- przebyty w ciągu ostatnich 6 miesięcy zawał
mięśnia sercowego lub udar mózgu Tak Nie

Pacjent zgłasza niżej wymienione schorzenia okulistyczne:

Jaskra PEX (Zespół Pseudoexfoliacji) Cukrzyca
Soczewka podwichnięta Keratopatia (zaburzenie rogówki)

.....
Pieczętka zakładu

.....
Miejscowość i data

Zaświadczenie lekarskie

Stwierdzam brak/występowanie (właściwe podkreślić) powyższych schorzeń i pacjenta/pacjentki.

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres.....

.....
Pieczętka i podpis lekarza