**Пожалуйста, ознакомьтесь с нижеследующей информацией (для взрослых):**

1. Пациенту следует сдать все необходимые анализы крови, собрать все необходимые справки и результаты дополнительных обследований за 2 недели до планируемой операции/анестезии:
* Заключение терапевта/педиатра об отсутствии противопоказаний к операции/анестезии;
* В случае постоянного лечения у кардиолога, пульмонолога, диабетолога, невролога, психиатра - заключение об отсутствии противопоказаний к операции/анестезии;
* Справка о прививке против гепатита B (операция возможна 2 недели после 2 прививки) или результаты обследований на антитела HBs;
* ЭКГ (все пациенты старше 18 лет – срок годности 1 год). В случае болезней сердца – максимально 14 дней перед операцией, а также предыдущие результаты обследований;
* Флюорография (все пациенты от 18 лет и старше) – пациенты с заболеваниями легких, кровеносной системы - вне зависимости от возраста, срок годности 1 год;
* Группа крови и резус фактор;
* Общий анализ крови;
* Общий холестерин - все пациенты старше 40 лет;
* Креатинин
* APTT (АЧТВ);
* PT (протромбиновое время), INR (международное нормализованное отношение);
* Антитела к ВИЧ 1 и 2;
* Антитела к гепатиту С (анти – HCV).
* Прививка от кори.
1. Пациент или юридический опекун пациента должен ознакомиться, подписать и выслать подписанный и отсканированный документ “**Информация для пациента перед общим наркозом и согласие на общий наркоз**” на электронный адрес o.putsiata@csim.pl за 5-7 дней до планируемой операции/анестезии.
2. Копии справок, дополнительной информации о состоянии здоровья, анализов крови и ЭКГ должны быть высланы на электронный адрес o.putsiata@csim.pl не позднее, чем за 5-7 дней до планируемой операции/анестезии.

Я ознакомился/ознакомилась\* с вышеуказанной информацией и согласен/согласна\* нести ответственность за возможную отмену операции/анестезии в случае невыполнения вышеперечисленных условий.

......................................................................................... ....................................................................

*Дата и подпись пациента Дата и подпись опекуна пациента*

*(имя и фамилия) (имя и фамилия)*

\*нужное подчеркнуть