

Bardzo prosimy o wykonanie wszystkich poniżej zleconych badań, adekwatnie do rodzaju zabiegu i wieku pacjenta.

Uprzejmie informujemy, że brak kompletu aktualnych\* badań w dniu zabiegu stanowi przeciwwskazanie do wykonania operacji.

**SKIEROWANIE NA BADANIA.....**

**imię, nazwisko**

- grupa krwi
- morfologia z rozmazem + OB
- koagulogram (APTT, wsk.Quicka, INR, wsk. protrombinowy)
- jonogram
- mocznik
- kreatynina
- glikemia (na czczo)
- antygen HBS, HCV
- przeciwciała antyHBS
- mocz- badanie ogólne
- EKG (po 45 r. ż.)
- RTG płuc (po 45 r. ż.)
- USG piersi (w przypadku zabiegu obejmującego piersi)
- .....
- .....
- .....

.....  
*Data*

*\*) za badania aktualne uważamy badania nie starsze niż jeden miesiąc*