

Gastroenterologicko-hepatologické oddelenie V. internej kliniky LFUK a UN Bratislava

Prednosta kliniky: prof. MUDr. Juraj Payer, CSc. • *Vedúci lekár oddelenia:* MUDr. Martin Huorka, CSc.

Lekári: doc. MUDr. T. Hlavatý, PhD., MUDr. T. Koller, PhD., MUDr. J. Ošvaldová, MUDr. J. Tóth, MUDr. V. Klinovský, MUDr. Z. Zelinková, PhD.

Adresa: Ružinovská 6, 826 06 Bratislava – *suterén č. dv. 6 - 10* • *Tel:* 02/48 234 770 • *Fax:* 02/48 234 905 • *E-mail:* endoskopia@ru.unb.sk

Žiadanka na endoskopické vyšetrenie

Meno a priezvisko pacienta :

Dátum narodenia :

Poistovňa :

Žiadam o endoskopické vyšetrenie:

GASTROSKOPIA

ENTEROSKOPIA

SIGMOIDOSKOPIA

KOLONOSKOPIA

ERCP

INÉ (prosíme uviesť)

Indikácia vyšetrenia a krátka anamnéza (môžete uviesť aj na opačnú stranu žiadanky):

Vyšetrenia: Quick/INR: aPTT: Trombocyty: **HbsAg:** pozit. negat. nie je známe

1. Je u pacienta známa porucha **zrážanlivosti krvi** alebo berie lieky znižujúce zrážanlivosť krvi? Ak *áno aké?* Áno Nie

2. Je u pacienta známa **alergia na lieky**? Ak *áno na aké?* Áno Nie

3. Je u pacienta známy stav, ktorý vyžaduje **antibiotickú profylaxiu** počas vyšetrenia?
(napr. chlopňové chyby, náhrada srdcových chlopní) Ak *áno aký?* Áno Nie

4. Je u pacienta známe hematogénne prenosné **infekčné ochorenie**? (HIV, hepatitída a pod) Ak *áno aké?* Áno Nie

5. Je u pacienta známy **glaukóm**? (pre prípad podania spazmolytík) Áno Nie

6. Bol pacient poučený o vyšetrení, možných komplikáciách a **súhlasil s vyšetrením**? Ak *nie, prečo nie?* Áno Nie

7. Praje si pacient počas vyšetrenia **analgosedáciu**? Ak *áno prosíme zaviesť i.v. kanylú.* Áno Nie

Dátum:

Podpis a pečiatka indikujúceho lekára: