

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

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

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:

Rodné číslo:

Poistovňa:

Žiadam o endoskopické vyšetrenie:

GASTROSKOPIA

SIGMOIDOSKOPIA

ERCP

ENTEROSKOPIA

KOLONOSKOPIA

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. kanylu. Áno  Nie

Dátum:

Podpis a pečiatka indikujúceho lekára: