



SPZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 3
44-200 Rybnik, ul. Energetyków 46
ODDZIAŁ UROLOGII
ONKOLOGII UROLOGICZNEJ
sekretariat tel. 32 429 1550
punkt pielęgniarski tel. 32 429 1544

KARTA PACJENTA DO PLANOWEGO PRZYJĘCIA ODDZIAŁ UROLOGII

Imię i nazwisko pacjenta

Data i godz. planowego przyjęcia

W dniu planowego przyjęcia należy zgłosić się do: **Izby Przyjęć Planowych, Pawilon nr 5, wysoki budynek, parter szpitala, główne wejście, pokój nr 19**

RozpoznanieICD10

Rodzaj zabiegu

Zabieg wymaga oznaczenia grupy krwi: tak nie

Posiew moczu: tak nie

podpis osoby wpisującej na listę

- Dnia _____ w godz. **07:15 – 11:00** (zalecane godziny) proszę zgłosić się **na czczo** do **Punktu Pobrań Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej** (na parterze w Pawilonie nr 2, wejście od strony parkingu ogólnodostępnego i przystanku autobusowego, w pobliżu wejścia do Poradni Specjalistycznych, tel. 32 429 1086) celem wykonania badań laboratoryjnych (mocz oddać do dwóch sterylnych pojemników na mocz zakupionych w aptece). **Wyniki należy odebrać przed konsultacją anestezyjologiczną w godz. 07:15 – 13:00 z Punktu Pobrań Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej.**
- W dniu badań laboratoryjnych w godz. 08:00 – 11:00 proszę zgłosić się do **Centrum Diagnostyki** (II piętro) celem wykonania **EKG**.
- Dnia _____ w godz. _____ proszę zgłosić się do **Punktu Konsultacji Anestezyjologicznej** (Poradnie Specjalistyczne – II piętro, pokój nr 230 i 231) z **wynikami badań, posiadaną dokumentacją medyczną (np. wypisy szpitalne), wykazem leków zażywanych na stałe, formularzem świadomej zgody na znieczulenie oraz niniejszym formularzem.** Termin konsultacji ustalić telefonicznie w Sekretariacie Oddziału Urologii - tel 32 429 1550.
- **W przypadku dodatniego wyniku posiewu moczu należy zgłosić się do lekarza kierującego lub lekarza rodzinnego z wynikiem w celu uzyskania odpowiedniego leczenia.**
- W dniu poprzedzającym przyjęcie wieczorem lub w dniu przyjęcia rano należy dokładnie umyć całe ciało i włosy.
- **Pacjenci, którzy mają wyznaczoną datę przyjęcia w dzień roboczy muszą być na czczo (ostatni posiłek i płyny maksymalnie 6 godzin przed przyjęciem). Pacjenci, którzy mają wyznaczoną datę przyjęcia na niedzielę mogą w domu zjeść śniadanie i obiad.**

Do szpitala należy zabrać ze sobą:

1. **Leki i inne środki zażywane na stałe (oryginalne, opakowania)** w celu weryfikacji **oraz ich pisemny wykaz wraz z dawkowaniem.**
2. Dokumenty: dowód osobisty lub inny dokument ze zdjęciem potwierdzający tożsamość, dokumentację dotychczasowego leczenia (np. wyniki badań tomografii - opis wraz z płytą, wypisy z poprzednich pobytów w szpitalach, paszport kardiowertera, formularz świadomej zgody na znieczulenie oraz niniejszy formularz).
3. Piżamę lub koszulę nocną, szlafrok, dres, obuwie (zalecane antypoślizgowe z pełną piętą), kubek, talerzyk, sztućce, przybory toaletowe - m. in. mydło, ręcznik, szczoteczkę i pastę do zębów, przybory do golenia, grzebień.
4. Futerał na okulary, pojemnik z płynem na soczewki, pojemnik na protezę zębowa; jeżeli pacjent używa.
5. Dodatkowo pacjent może zabrać do szpitala wodę mineralną niegazowaną.

- Na Sali Operacyjnej:**
- nie można mieć własnej bielizny, protezy zębowej, makijażu, biżuterii,
 - długie włosy muszą być spięte gumką,
 - pacjent jest monitorowany, dlatego paznokcie muszą być niepomalowane, bez tipsów, paznokci żelowych.

Pacjenci kierowani do dużych zabiegów onkologicznych (usunięcie nerki, prostaty, pęcherza moczowego) w celu profilaktyki przeciwzakrzepowej mogą zakupić w sklepie medycznym medyczne pończochy uciskowe.

W Szpitalu pacjent może przechowywać produkty żywnościowe w ilości możliwej do zjedzenia w krótkim czasie, w pojemnikach opisanych imieniem i nazwiskiem pacjenta. Ponieważ Szpital nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy, które pacjent podczas hospitalizacji ma przy sobie, zaleca się nie zabierać do Szpitala rzeczy wartościowych (w szczególnych sytuacjach rzeczy wartościowe można przechowywać w Depozycie Rzeczy Wartościowych).

Nie wolno przechowywać ubrań na salach chorych. Ubrania muszą być oddane do Depozytu Ubrań lub rodzinie/osobie bliskiej.

Jeżeli pacjent nie może zgłosić się do Szpitala w wyznaczonym terminie prosimy o kontakt z Sekretariatem Oddziału Urologii i Onkologii Urologicznej pod nr ☎ 32 429 15 50

DANE PACJENTA NIEZBĘDNE DO WYPISANIA HISTORII CHOROBY

(wypełnia pacjent/przedstawiciel ustawy - prosimy wypełnić literami drukowanymi)

IMIĘ

NAZWISKO

DATA URODZENIA _ _ / _ _ / _ _ _ _ MIEJSCE URODZENIA

PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ TELEFON

ADRES ZAMIESZKANIA (z kodem pocztowym)

1. Osoby, które upoważniam do uzyskiwania informacji na temat mojego stanu zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych to:

1 adres

..... telefon

2 adres

..... telefon

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji na temat mojego stanu zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

2. Do uzyskiwania dokumentacji upoważniam: jak wyżej w pkt.1

1 adres

..... telefon

2 adres

..... telefon

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji.

.....
podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego