



## KARTA PACJENTA DO PLANOWEGO PRZYJĘCIA

### ODDZIAŁ CHIRURGII DZIECIĘCEJ

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i godz. planowego przyjęcia.....

(pieczęć oddziału)

W dniu planowego przyjęcia należy zgłosić się do: **Izby Przyjęć Planowych – Pawilon nr 5, wysoki budynek, parter szpitala, główne wejście, pokój nr 19 lub 22.** Przy przyjęciu planowym musi być rodzic lub opiekun prawny (należy przedstawić dokument upoważniający).

W dniu przyjęcia dziecko musi być zdrowe: co najmniej 3 tygodnie przed przyjęciem bez kataru, kaszlu, gorączki, czerwonego gardła i opryszczki oraz co najmniej 2 tygodnie przed przyjęciem bez antybiotyku.

W dniu przyjęcia do Oddziału: ☐ nie trzeba być na czczo ☐ trzeba być na czczo

.....  
*podpis osoby wpisującej na listę*

**Jeżeli pacjent nie może zgłosić się do Szpitala w wyznaczonym terminie ( np. z powodu infekcji, miesiączki, rezygnacji) prosimy o pilny kontakt z sekretariatem Oddziału tel. 32 429 1802 w godz. 08:30- 13:30**

**Nie później niż tydzień przed wyznaczonym terminem (poniedziałek lub wtorek tygodnia poprzedzającego zaplanowane przyjęcie), rodzic/opiekun prawny jest bezwzględnie zobowiązany do skontaktowania się z sekretariatem Oddziału w celu potwierdzenia terminu planowego przyjęcia.**

#### **Do planowego przyjęcia należy przynieść:**

1. Dokumenty: Dowód Osobisty lub inny dokument ze zdjęciem potwierdzający tożsamość (paszport, prawo jazdy) opiekuna prawnego, dokument potwierdzający PESEL dziecka, skierowanie, **dokumenty potwierdzające ubezpieczenie w przypadku gdy dziecko nie jest ubezpieczone w Polsce**, dokumentację dotychczasowego leczenia (np. wyniki badań w tym RTG, płyty z badaniem TK, wypisy z poprzednich pobytów w Szpitalach).
2. Leki specjalistyczne zażywane na stałe (oryginalne opakowania) w celu weryfikacji stosowania w trakcie hospitalizacji.
3. Piżamę, klapki gumowe, podstawowe przybory toaletowe m.in. mydło, ręcznik, szczoteczkę i pastę do zębów, grzebień, sztućce, kubek, talerzyk, wodę mineralną niegazowaną. Małym dzieciom można zabrać swoje mleko modyfikowane i wodę, przekąski lekkostrawne (np. biszkopty, flipy, herbatniki). Na Oddziale jest kuchnia wraz z lodówką, czajnikiem oraz mikrofalówką. W Szpitalu pacjent może przechowywać produkty żywnościowe w ilości możliwej do zjedzenia w krótkim czasie, w pojemnikach opisanych imieniem i nazwiskiem pacjenta.
4. Futerał na okulary, pojemnik z płynem na soczewki.
5. Jeżeli zabieg jest wykonywany poza okolicami miednicy, uda, to dopuszcza się założenie majtek jednorazowych (przed zabiegiem), które pacjent zabiera z sobą do szpitala.

W dniu poprzedzającym przyjęcie wieczorem lub w dniu przyjęcia rano należy dokładnie umyć całe ciało i włosy.

#### **Na Sali Operacyjnej:**

- nie można mieć własnej bielizny, (wyjątkiem są majtki jednorazowe przy wykonywaniu zabiegów poza okolicami miednicy i uda), makijażu, biżuterii,
- długie włosy muszą być spięte gumką, bez metalowych spinek,
- pacjent jest monitorowany, dlatego paznokcie muszą być **niepomalowane, bez tipsów i paznokci żelowych!**

Ponieważ Szpital **nie ponosi** odpowiedzialności za rzeczy, które pacjent podczas hospitalizacji ma przy sobie, zaleca się nie zabierać rzeczy wartościowych (w szczególnych sytuacjach rzeczy wartościowe można przechowywać w Depozycie Rzeczy Wartościowych).

W przypadku konieczności otrzymania L-4 - opieka dla rodzica za pobyt z dzieckiem w Szpitalu lub dla dziecka odbywającego praktykę należy przygotować NIP zakładu pracy i zgłosić potrzebę L-4 lekarzowi przy odbiorze Karty Informacyjnej (wypis).

## Informacje dotyczące hospitalizacji w Oddziale:

- **Standardowa** hospitalizacja przy zabiegu planowym to dwudniowy pobyt dziecka w Oddziale.

Pierwszy dzień jest dniem organizacyjnym – dziecko nie musi być na czczo, przeprowadzany jest wywiad z lekarzem, konsultacja anestezyjologiczna oraz wykonywane są badania laboratoryjne. Następnego dnia dziecko **na czczo** przekazane jest na blok operacyjny celem wykonania zabiegu. Po zabiegu dziecko wraca na oddział na obserwację – **dziecku nie podajemy nic do picia ani jedzenia bez zgody pielęgniarki lub lekarza**. Jeżeli dziecko dobrze się czuje i nie ma przeciwwskazań to zostaje wypisane do domu ok godz. 17.00.

Pacjent otrzymuje Kartę Informacyjną wraz z kodem E-skierowania do kontroli w Poradni Chirurgii Dziecięcej (należy umówić wizytę kontrolną!).

- Opiekun, który będzie przebywać z dzieckiem proszony jest o zabranie poduszki i kocyka – nocowanie na fotelu rozkładanym. Opiekun może zamówić posiłek z firmy dowożącej żywność dla Pacjentów. Numer telefonu dostępny jest w każdej sali a aktualny jadłospis znajduje się w Punkcie Pielęgniarskim (płatność wyłącznie gotówką).

Na terenie szpitala znajduje się sklepik oraz Bistro – informujemy, że z oddziału może wyjść rodzic, natomiast dziecko w tym czasie pozostaje pod opieką pielęgniarek.

- W trakcie hospitalizacji w Oddziale z dzieckiem może przebywać 1 rodzic lub opiekun prawny, ewentualnie 1 osoba pełnoletnia (członek rodziny) wskazana przez rodzica lub opiekuna prawnego.

- Osoba towarzysząca dziecku lub odwiedzająca nie może mieć objawów infekcji oraz znajdować się pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających.

## DANE PACJENTA NIEZBĘDNE DO WYPISANIA HISTORII CHOROBY

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

IMIE, NAZWISKO.....

DATA URODZENIA \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ MIEJSCE URODZENIA .....

PESEL \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ TELEFON .....

ADRES ZAMIESZKANIA (z kodem pocztowym) .....

NIP ZAKŁADU PRACY.....

## DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

IMIE, NAZWISKO.....

ADRES ZAMIESZKANIA (z kodem pocztowym) .....

Rodzice/ opiekunowie prawni mają prawo do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia, udzielonych świadczeniach zdrowotnych i uzyskiwania dokumentacji dziecka pod warunkiem, że nie ma orzeczenia sądu w sprawie przyznanego zakresu władzy rodzicielskiej.

**I. Osoby, które upoważniam do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych dziecku to:**

1 ..... adres.....

..... telefon .....

☐ Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji na temat stanu zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych dziecku

**II. Do uzyskiwania dokumentacji dziecka upoważniam:** ☐ jak wyżej w pkt. I

1 ..... adres.....

..... telefon .....

☐ Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji dziecka.

.....  
podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego