



## ZALECENIA PRZED ZABIEGIEM

### TERMOTERAPII CELON HEMOROIDÓW / LASEROWEGO USUNIĘCIA HEMOROIDÓW/ LASEROWEGO USUNIĘCIA FALDÓW LUB SZCZELINY ODBYTU

Imię i nazwisko pacjenta \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

Data konsultacji ..... Data zabiegu ..... Godzina .....

Proszę o wykonanie przed planowanym zabiegiem poniższych badań ( nie starsze niż 10 dni ):

- morfologia
- OB / CRP
- poziom glukozy w surowicy krwi ( na czczo)
- jonogram
- APTT, INR, czas PT, zawartość PT
- kreatynina
- ASO
- TSH
- HBS, HCV, HIV

#### INFORMACJE DODATKOWE:

1. Na 14 dni przed planowanym zabiegiem nie należy przyjmować:
  - leków z grupy salicylanów (POLOPIRYNA, ASPIRYNA, ACARD)
  - leków p/bólowych, p/zapalnych (IBUPROM, KETONAL) lub pochodnych kumaryny (SINTROM)
  - innych leków wpływających na układ krzepnięcia (np. preparatów zawierających WITAMINĘ E, GINKO BILOBA, CZOSNEK, ITP.)
2. Należy zaprzestać palenia papierosów na 14 dni przed zabiegiem.
3. Należy poinformować chirurga o przebytej infekcji, jeżeli taka miała miejsce w okresie 2 tygodni przed planowanym zabiegiem.
4. Zabieg nie powinien być wykonywany również w trakcie trwania przeziębienia, kataru i bólu gardła, gorączki, zarażenia opryszczką, itp.
4. W dniu zabiegu należy zastosować dietę ścisłą ( na czczo ) min. 6 godzin przed zabiegiem.
5. U kobiet termin zabiegu nie może przypadać w czasie miesiączki.
6. Należy przyjść bez makijażu, biżuterii i lakieru na paznokciach.

Konieczność potwierdzenia operacji na min. 7 dni przed zaplanowanym terminem.