

ВАЖНО! Если по каким-либо причинам, Вы не сможете приехать в назначенный день операции, **ПОЖАЛУЙСТА, СОЗВОНИТЕСЬ с администратором по телефонам: +7 988 988 58 85 +7 (8442) 99 05 51**

Подготовка к операции:

- За 10-14 дней до назначенной даты операции сдать все лабораторные анализы, необходимые для наркоза и операции.
ВАЖНО! Анализы сдаются натошак! при себе необходимо иметь паспорт, обязательно сверьте список анализов при получении их в лаборатории.
- Сообщить врачу клиники, если до операции произошли какие-либо изменения в состоянии здоровья (простудные заболевания, гнойничковые высыпания на коже, обострение хронических заболеваний и др.).
- Не пить и не принимать пищу в течение 8 часов до операции.
- За 2 недели до предполагаемого дня операции рекомендуется прекратить прием препаратов, содержащих ацетилсалициловую кислоту.
- Накануне вечером перед операцией (лапароскопия, лапаротомия) очищение кишечника – 2 пакетика фортранса по инструкции или 2 очистительные клизмы.
- Оставить драгоценности дома.
- Освободиться от косметики.
- После выписки из стационара желательно, чтобы Вас до дома сопровождали родственники.

ВАЖНО!

УТРОМ, В ДЕНЬ ОПЕРАЦИИ:

- ПИТЬ И ЕСТЬ ЗАПРЕЩЕНО!!!
- компрессионные чулки (2 степень компрессии), одеть дома, не вставая с постели.
- **В день операции, в клинике, при себе иметь:**
 - паспорт, халат (спортивный костюм), тапочки, туалетные принадлежности.
 - результаты лабораторных исследований (ОРИГИНАЛЫ).

ВАЖНО ЗНАТЬ! Курение может отрицательно повлиять на результат операции!!!

Перечень необходимых лабораторных и инструментальных исследований

ВАЖНО! В скобках указан срок, в течение которого анализы действительны:

- Общий анализ крови, общий анализ мочи (14 дней)
- Биохимический анализ крови: билирубины, АЛТ, АСТ, глюкоза, креатинин, (14 дней)
- Коагулограмма, МНО, время свертывания (14 дней)
- Группа крови и резус-фактор, RW (30 дней), ВИЧ, маркеры гепатита В, С (HBS Ag, HCV Ag) (3 месяца)
- Электрокардиограмма (до 30 дней) с описанием, ФОГ (1 год)
- Заключение терапевта, при наличии хронического заболевания – заключение профильного врача.

ФИО _____

Подпись _____

Дата _____