



## OKULISTIČNI CENTER PROF. HAWLINA

Spoštovana kolegica/ kolega,  
prosimo, da pred operacijo sive mreže v lokalni kapljični (topični) anesteziji izpolnete  
OBRAZEC O PRIMERNOSTI BOLNIKA ZA POSEG V LOKALNI ANESTEZIJI.

<b>Priimek in ime:</b>		<b>Datum rojstva:</b>
<b>Spremljajoče bolezni:</b>		
<b>Redna terapija:</b>		
Obkrožite , če bolnik jemlje: <b>TAMSULOSIN (OMNIC®)</b> NE      DA      Koliko časa: _____		
Obkrožite , če je bolnik na: <b>ANTIKOAGULANTNI TERAPIJI</b> NE      DA      Zadnji INR: _____		
Prosimo, da označite, če ima bolnik:		
1. <b>NEUREJENO ARTERIJSKO HIPERTENZIJO</b> NE      DA      Najvišji izmerjeni krvni tlak: _____		
2. <b>SLADKORNO BOLEZEN</b> NE      DA		
3. <b>KAKRŠNEKOLI PSIHOLOŠKE TEŽAVE, ki bi otežile operativni poseg</b> NE      DA		
<b>Alergije:</b>	<b>Diete:</b>	<b>Razvade:</b>
<b>Prejšnji posegi v anesteziji in morebitni zapleti:</b> Datum: Opis:		
<b>Bolnik je SPOSOBEN / NI SPOSOBEN za operativni poseg v lokalni anesteziji.</b>		
<b>Ostale pripombe:</b>		

Kraj:

Datum:

Žig in podpis izbranega zdravnika: