

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ

"__" _____ 20__ г.
(дата составления)

Сведения о пациенте:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Дата рождения "__" _____ 20__ г.

Дата и время поступления: "__" _____ 20__ г. время: __ час. __ мин.

Диагноз:

Основное заболевание _____

Осложнения основного заболевания _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____

Сопутствующие заболевания _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Особенности анамнеза:

аллергические реакции на лекарственные препараты, пищевая аллергия или иные виды непереносимости в анамнезе, с указанием типа и вида аллергической реакции: _____

постоянный прием лекарственных препаратов: _____

наличие имплантированных медицинских изделий: _____

Физикальное исследование, локальный статус _____

Результаты медицинского обследования:

Дополнительные сведения:

Обоснование необходимости проведения оперативного вмешательства (операции), медицинские показания, планируемое оперативное вмешательство (операция), планируемый вид анестезиологического пособия: _____

Сведения о наличии информированного добровольного согласия на оперативное вмешательство (операцию): _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) оперирующего врача, должность, специальность _____ подпись _____