

Jméno a příjmení pacienta:	datum:
Rodné číslo pacienta:	vyplnila (jmenovka + podpis):
Adresa trv. pobytu (případně jiná adresa):	
..... Kód ZP:.....	

Urologická dokumentace k výkonu				Poznámka/doporučení
RTG dokumentace	ano	ne	kde..... ...	
Dokumentace od odesílajícího urologa	ano	ne		
Pomůcky/poukaz (suspensor, stom.pom. atd.)	ano	ne	nežádáno	

Interní a jiná dokumentace k výkonu				
Interní předoperační vyšetření	ano	ne		
rtg plic	ano	ne	nežádáno	
ekg	ano	ne	nežádáno	
Konziliární vyšetření	ano	ne		
Konziliární vyšetření	ano	ne		
Konziliární vyšetření	ano	ne		
Autotransfuze	ano	ne	TUE x, PLx	
jsou na bance?	ano	ne		
Krevní skupina	ano	ne	nežádáno	

Laboratoř				
Quick, PTT v normě	ano	ne	nežádáno	
Ko+ diff	ano	ne		
Moč sed	ano	ne		
Bakter. vyšetření moče	ano	ne	nežádáno	
BWR (nad 50 let)	ano	ne	nežádáno	
biochemie	ano	ne		

Administrativa				
Neschopenka	ano	ne	nežádáno	
Odvoz po výkonu	vlastní	sanita		

Ostatní				
Anopyrin	ano	ne		
Warfarin				
Plavix				
Acylpyrin				
Ibustrin				
.....				
.....				
.....				

Poznámky: