# **Požadovaná vyšetření před operací na oddělení hrudní chirurgie FTN**

Jméno a příjmení:

Rodní číslo pacienta:

Adresa pacienta:

Pojišťovna:

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Anamnéza:

Nynější onemocnění:

Status presens:

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

\*Laboratorní vyšetření:

Ery

Hb

HMT

Leuko

Trombo

Urea

Creat

Na

K

Cl

Ca

Bili

AST

ALT

GMT

ALP

CRP

Alb

CB

Onkomarkery:

AFP

CA 125

CA 19-9

CA15-3

CA72-4

CEA

CIFRA 21-1

f-PSA

NSE

pro GRP

PSA

\*Rtg plic- popis:

\*Bronchoskopie- popis:

Cytologie z aspirátu:

Histologie z TBB:

\*Spirometrie:

\*Krevní plyny:

TCLO:

Spiroergometrie (u pacientů nad 70 let a kardiaků):

\*CT hrudníku- popis:

\*Sono břicha- popis:

\*CT hrudníku- obrazovou dokumentaci zaslat paxem

Položky označené „\*“ jsou nezbytné pro indikaci k operaci a musí být uvedené.

**K těmto vyšetření požadujeme standardní interní vyšetření vč. EKG a závěr s uvedením schopnosti pacienta operačního výkonu v celkové anestesii.**