

**הזמנת מטופל לניתוח (ימולא ע"י הרופא במרפאה ויינתן למטופל ביד)**

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ ת. זהות \_\_\_\_\_

טלפון בבית \_\_\_\_\_ טלפון סלולרי \_\_\_\_\_

תאריך לידה \_\_\_\_\_ גיל \_\_\_\_\_

שם הניתוח \_\_\_\_\_

מבוטח כללית מושלם: כן / לא גורם מבטח אחר \_\_\_\_\_

**הכנות נדרשות לניתוח ו/או להגעה למרפאה טרום ניתוחית**

- הפסקת תרופות נוגדות קרישה (פרט: \_\_\_\_\_)
- יש להביא את כל הבדיקות כמפורט בטופס "בדיקות נדרשות לקראת ניתוח"
- יש להביא את כל התרופות אותן נוטל המטופל בביתו באריזתן המקורית
- הכנת מוצרי דם \_\_\_\_\_
- פרמדיקציה \_\_\_\_\_
- הסרת שיער \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם הרופא \_\_\_\_\_ חתימת הרופא \_\_\_\_\_

**על המטופל להביא טופס זה למרפאה הטרם ניתוחית ו/או ביום הניתוח**