



Jak przygotować się do szpitala?

Przed przyjęciem do szpitala zazwyczaj każdego pacjenta ogarnia niepokój, dlatego warto się do pobytu przygotować i wiedzieć, co nas czeka. Wiele osób, pomimo planowego przyjęcia, jest niewłaściwie przygotowanych. Powoduje to, że pobyt w szpitalu często wydłuża się.

Oto krótki przewodnik, z którym dobrze jest zapoznać się przed przyjęciem na szpitalny oddział.

Przed przyjęciem do szpitala

1. Skierowanie do szpitala

Skierowanie do szpitala otrzymuje się od lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty. Skierowanie powinno zawierać: dane osobowe chorego, w tym nr PESEL oraz pieczętkę podmiotu leczniczego, pieczętkę lekarza, który wystawił skierowanie i rozpoznanie choroby w języku polskim.

W przypadku tzw. pakietów badań profilaktycznych, realizowanych na Oddziale Ogólnym Szpitala, telefonicznych informacji o możliwych rodzajach i kosztach pakietów udziela Dział Kontaktowania i Rozliczeń (tel. 61 8 604 340). O terminach wykonania badań w ramach pakietów, informacji udzielają sekretarki medyczne Oddziału Ogólnego (tel. 61 8 604 330) Po ustaleniu z pacjentem rodzaju i terminu realizacji pakietu sekretarki medyczne drukują wewnętrzne skierowania zawierające dane osobowe pacjenta, nazwę pakietu i termin przyjęcia do szpitala. Przygotowane skierowanie zostaje przekazane do Rejestracji Ambulatorium, gdzie jest wykorzystane po zgłoszeniu pacjenta do szpitala w wyznaczonym terminie.

2. Szczepienie przeciwko WZW B

Jeśli do operacji zostało co najmniej 6 tygodni, należy zaszczepić się dwa razy (druga dawka po miesiącu od pierwszej). Na zabieg do szpitala można się zgłosić po 2 tygodniach od przyjęcia drugiej dawki szczepionki (trzecia, ostatnia dawka – po sześciu miesiącach od pierwszej). W przypadku nosicielstwa wirusa zapalenia wątroby (typu B lub C) albo wirusa HIV, należy poinformować o tym lekarza ustalającego termin przyjęcia, celem rezerwacji jednoosobowej sali izolacyjnej ze specjalnym reżimem sanitarnym.

3. Dokumentacja medyczna

Należy przygotować dotychczasową dokumentację medyczną, zwłaszcza karty informacyjne z wcześniejszego leczenia szpitalnego oraz dostarczyć wyniki takich badań jak: posiadane dwa lub przynajmniej jedno certyfikowane oznaczenia grupy krwi, badania laboratoryjne (wykonane nie później niż tydzień przed planowanym zabiegiem), RTG klatki piersiowej (z ostatniego roku) i EKG oraz wyniki innych, specjalistycznych badań, np. USG, -, EEG, tomografii komputerowej czy rezonansu magnetycznego (nawet, jeśli były wykonane kilka lat wcześniej). W przypadku hospitalizacji dziecka należy przynieść Książeczkę Zdrowia Dziecka.

Wszystkie istotne dokumenty z dotychczasowego leczenia zostaną skserowane i dołączone do Historii Choroby.

4. Leki

Pacjenci przyjmowani na oddział szpitalny w celu operacji lub badań inwazyjnych (biopsja, gastroskopia, kolonoskopia) powinni **po konsultacji z lekarzem prowadzącym**:

1. Na 7 dni przed przyjęciem do szpitala odstawić leki przeciwplatekcyjne:
 - kwas acetylosalicylowy: ASPIRYNA, POLOPIRYNA, POLOCARD, ACARD,
 - clopidogrel: PLAVIX, ZYLLT, AREPLEX, PLAVOCORIN.
2. Na 14 dni przed przyjęciem do szpitala odstawić leki przeciwplatekcyjne:
 - tiklopidyna: TICLID, ACLOTIN.

3. Na 3 dni przed przyjęciem odstawić leki obniżające krzepliwość krwi:
 - acenokumarol: ACENOCUMAROL, SINTROM,
 - warfaryna: WARFIN.
4. Na 2 dni przed przyjęciem odstawić nowe leki przeciwkrzepliwe:
 - dabigatran: PRADAXA,
 - rywaroksaban: XARELTO,
 - apiksaban: ELIQUIS.

Na 2 dni przed przyjęciem odstawić wszystkie doustne leki przeciwcukrzycowe, utrzymać pobieranie insuliny do dnia przyjęcia, w razie przyjęcia rano w dniu zabiegu należy wstrzymać podanie porannej dawki insuliny. Na 2 dni przed przyjęciem odstawić preparaty zawierające lit, a 2 tygodnie wcześniej odstawić preparaty ziołowe zawierające żeń-szeń, czosnek, miłorząb. Nie należy odstawić leków na nadciśnienie, przeciwpadaczkowych, wziewnych stosowanych w przypadkach astmy i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.

Należy przygotować listę aktualnie pobieranych leków (także homeopatycznych i suplementów diety). Wszystkie przyjmowane regularnie leki trzeba wziąć ze sobą do szpitala. Leki powinny być zachowane w oryginalnych opakowaniach z widoczną nazwą i dawką leku. Nie należy zabierać leków rozdzielonych w innych pojemnikach, uniemożliwiających identyfikację leku. Torbę z lekami należy przekazać personelowi medycznemu. Wszelkie potrzebne środki farmakologiczne muszą być kontrolowane przez lekarza. Podczas pobytu w szpitalu, żadnych leków i suplementów diety nie wolno brać na własną rękę.

5. Rzeczy osobiste

Do szpitala zabieramy ze sobą dowód osobisty lub paszport, kaptcie, szczoteczkę do zębów i pastę, krem, dezodorant, ręczniki, szlafrok oraz piżamę lub koszulę nocną. Przydatna będzie także ładowarka do telefonu komórkowego oraz woda mineralna.

W dniu przyjęcia do szpitala

W ustalonym dniu planowego przyjęcia do szpitala, o wskazanej godzinie, pacjent kieruje się do Rejestracji. W razie przyjęcia rano, w dniu planowanego zabiegu lub badania inwazyjnego, należy być na czczo (tzn. bez jedzenia i picia, ostatni posiłek – kolacja dnia poprzedniego), zaprzestać palenia papierosów (także elektronicznych), nie żuć gumy, nie pić alkoholu na dobę przed przyjęciem, a także ściągnąć z ciała wszelkiego rodzaju biżuterię i pozostawić ją w domu. Zalecane jest oczyszczenie paznokci z wszelkiego rodzaju lakierów.

1. Rejestracja

W Rejestracji przedstawiamy skierowanie oraz dowód osobisty. Rejestratorka zakłada kartę Historii Choroby, poprosi także o podpisanie zgody na hospitalizację oraz wskazanie osób do kontaktu. W przypadku konieczności wykonania dodatkowych badań w dniu przyjęcia – zostaną one zlecone i wykonane jeszcze w Ambulatorium.

2. Wejście na oddział szpitalny

Pacjent w asyście rejestratorki medycznej zostaje zaprowadzony na właściwy oddział i przekazany pod opiekę sekretarki medycznej, która wskaże pokój oraz wyjaśni harmonogram zaplanowanych działań. Przed wprowadzeniem do wyznaczonej sali należy koniecznie ponownie poinformować o nosicielstwie wirusa zapalenia wątroby (typu B lub C) lub wirusa HIV. W razie posiadania większej gotówki lub cennej biżuterii należy przekazać ją do depozytu oddziałowego zgodnie ze wskazówkami personelu oddziału.

3. Harmonogram pracy oddziału

Dzień w szpitalu rozpoczyna się od porannych badań (temperatura ciała, pomiar ciśnienia, pobranie krwi) oraz toalety **5.00-7.00**. Następnie chorzy są badani przez lekarzy prowadzących. Kolejnym punktem jest wizyta lekarska, podczas której omawiani są po kolei pacjenci. Odbywa się ona przy łóżku chorego, przy udziale personelu medycznego: ordynatora, lekarza prowadzącego, pielęgniarki. Na Oddziale Zabiegowym wizyta odbywa się zazwyczaj od **7.30 do 8.00**, na Oddziale Urologicznym od **9.00 do 9.30**, a na Oddziale Ogólnym od **11.00 do 12.00**. Śniadanie podawane jest o godz. **9.00**, z wyłączeniem chorych oczekujących na zabieg lub badania wymagające pozostania na czczo. W kolejnych godzinach wykonywane są planowe zabiegi, konieczne **badania dodatkowe** oraz indywidualne konsultacje pacjentów. Pomiędzy **13.00 a 13.30** pacjenci otrzymują obiad. W godzinach popołudniowych kontynuowane jest leczenie, rehabilitacja, konsultacje specjalistyczne i niektóre badania planowe. Od godziny **16.00** odbywają się popołudniowe pomiary czynności życiowych. O godzinie **17.30** podawana jest kolacja, a od **22.00 do 6.00** obowiązuje cisza nocna. Badania pracowniane wykonywane są wówczas jedynie w nagłych przypadkach.

W przeddzień i w dniu zabiegu

1. Kwalifikacja do zabiegu

Lekarz kwalifikujący chorego do zabiegu przeprowadzi dokładne badanie i wyjaśni, dlaczego zabieg jest konieczny oraz przedstawi możliwe powikłania. Przeprowadzi wywiad medyczny, podczas którego należy przypomnieć sobie o chorobach i zabiegach chirurgicznych przebytych w przeszłości. Lekarz będzie pytał także o schorzenia w najbliższej rodzinie, uczulenia (zwłaszcza na antybiotyki, środki przeciwbólowe, pokarmy), przyjmowane leki. W tym momencie należy koniecznie ponownie poinformować lekarza o nosicielstwie wirusa zapalenia wątroby (typu B lub C) lub wirusa HIV.

2. Zgoda na operację

Lekarz prowadzący przyniesie do podpisania zgodę na operację – jest to dokument, który opisuje planowany zabieg oraz możliwe powikłania. Należy ją podpisać w przeddzień lub w dniu zabiegu. Gdy operowana jest osoba niepełnoletnia, zgodę podpisują rodzice lub opiekunowie prawni. W przypadku dziecka w wieku od 16 lat, zgoda ta musi być podpisana również przez samego niepełnoletniego pacjenta. W przypadku zagrożenia zdrowia lub życia, gdy czynności związane z podpisaniem zgody na zabieg mogłyby wpłynąć negatywnie na wynik procesu leczenia, podpisanie zgody nie jest wymagane.

3. Kwalifikacja anestezjologiczna

Lekarz anestezjolog przeprowadzi wywiad pod kątem wyboru rodzaju oraz bezpieczeństwa planowanego znieczulenia. Poinformuje o rodzaju środka znieczulającego, jaki zostanie zastosowany podczas operacji. Pacjent może poprosić o znieczulenie ogólne, jeśli obawia się, że inny rodzaj znieczulenia nie daje mu poczucia bezpieczeństwa i komfortu.

4. Tuż przed operacją

Należy pamiętać o kąpieli pod prysznicem z toaletą całego ciała, w miarę możliwości o ogoleniu owłosienia skóry w okolicy pola operacyjnego, zmyciu makijażu, lakieru z paznokci, wyjęciu protez zębowych (pozostawienie ich w ustach może uniemożliwić intubację i spowodować zadławienie), aparatów ortodontycznych oraz szkieł kontaktowych.

Po zabiegu

1. Pierwsze godziny

W pierwszej kolejności Pacjent trafia do Sali Pooperacyjnej, w której pozostaje pod wzmożoną obserwacją personelu medycznego. Może wystąpić reakcja na środek znieczulający w postaci nudności lub wymiotów. O wszelkich takich dolegliwościach, jak również problemie z oddaniem moczu, zawrotach głowy czy duszności należy niezwłocznie powiadomić lekarza lub pielęgniarkę.

2. Wizyta lekarza prowadzącego

Po operacji lekarz prowadzący poinformuje o przebiegu zabiegu oraz długości jego trwania. Jeśli wystąpiły komplikacje, też zostaną omówione.

Wypis

W dniu wypisu pacjent otrzymuje 2 egzemplarze Karty Informacyjnej Leczenia Szpitalnego. Jest to ważny dokument, który należy przekazać lekarzowi rodzinemu podczas najbliższej wizyty, a drugi egzemplarz zachować w domu. Karta informuje o powodzie hospitalizacji, zawiera rozpoznanie, a także opis przeprowadzonych procedur medycznych, wyniki badań, rodzaj operacji oraz listę zastosowanych leków. Są w niej zamieszczone także zalecenia dotyczące dalszego postępowania – trybu życia, diety, dalszej rehabilitacji, pobierania leków, koniecznych badań kontrolnych oraz terminu kontrolnej konsultacji u odpowiedniego specjalisty lub lekarza rodzinnego. Wraz z kartą wydawane są, włożone przy przyjęciu do Historii Choroby, opisy dodatkowych badań własnych oraz wcześniejsze karty informacyjne leczenia szpitalnego. Wydawana jest również koperta z kliszami zdjęć rtg oraz płyty CD z zapisem badań z tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego. Odbiór wszystkich dokumentów pacjent podpisuje na specjalnej karcie odbioru pozostawianej w Historii Choroby. Kartę Informacyjną Leczenia Szpitalnego należy przedstawiać w kolejnych etapach leczenia. Należy pamiętać o odebraniu złożonych w depozycie pieniędzy i cennych przedmiotów.

DODATKOWA INFORMACJA DLA PACJENTÓW KIEROWANYCH I PRZYJMOWANYCH DO SZPITALA NA BADANIA DIAGNOSTYCZNE I ZABIEGI KOMERCYJNE OPŁACANE PRZEZ PACJENTA LUB JEGO UBEZPIECZYCIELA POZA NFZ

1. W przypadku pobytów komercyjnych, opłacanych przez pacjenta, lekarz kierujący i współpracujący z P.L. Certus, względnie lekarz P.L. Certus kwalifikujący bezpośrednio chorego do szpitala, zobowiązany jest do udzielenia informacji o kosztach leczenia w przypadku cen stałych lub szacunkowych kosztach w przypadku procedur nie objętych cenami stałymi.
2. W przypadku "pakietów profilaktycznych" opłata za pakiet pobierana jest przy zakupie pakietu, natomiast opłaty za dodatkowe badania i konsultacje wykraczające poza zakres pakietów opłacane są przy wypisie.
3. W przypadku przyjęcia na płatny pobyt indywidualny, po zgłoszeniu do Ambulatorium w wyznaczonym terminie zostanie pobrana wstępna wpłata gotówką lub kartą płatniczą w wysokości zależnej od planowanego leczenia i ustalonej przy uzgadnianiu terminu przyjęcia do szpitala.
4. W trakcie pobytu, który nie jest objęty ceną stałą, zakres badań z uwzględnieniem ich kosztów uzgadnia z pacjentem ordynator i lekarz prowadzący lub dyżurny, a informację o aktualnych kosztach leczenia można uzyskać każdego dnia u sekretarki medycznej oddziału.
5. W dniu wypisu pacjent lub jego opiekun otrzymuje w kasie szpitala, a po godz. 14.30 w rejestracji Ambulatorium, fakturę i opłaca koszty pobytu gotówką lub za pomocą karty płatniczej.
6. W przypadku procedur objętych cenami stałymi istnieje możliwość rozłożenia płatności na nieoprocentowane raty, maksymalnie do 6 miesięcy spłaty całej należności za leczenie szpitalne. W pozostałych przypadkach możliwe jest rozłożenie płatności na raty za pośrednictwem zewnętrznej firmy finansowej MediRaty.