

ПАМЯТКА ПАЦИЕНТУ, ОПЕРИРУЮЩЕМУ КАТАРАКТУ

ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ начинается за 3 дня.

Глазные капли БРОКСИНАК по 1 капле 1 раз в день в оперируемый глаз.

За 3 дня до операции и 1 месяц после операции.

Таблетки ЛОРАТАДИН по 1 таблетке — 1 раз в день (после еды).

3 дня до операции + в день операции + 3 дня после операции.

Всего принимать 7 дней.

Порошок НИМЕСИЛ 1 упаковка — 1 раз в день (после еды).

3 дня до операции + в день операции + 3 дня после операции.

Всего принимать 7 дней.

За 1-2 дня до операции мы Вам **позвоним**, чтобы убедиться в Вашем приезде. Если по каким-либо причинам Вы **не сможете** приехать на операцию, пожалуйста **сообщите об этом в Клинику заранее**.

В день операции:

- Утром позавтракать, пообедать.
- Если Вы принимаете какие-либо лекарства и нет особых указаний доктора, то соблюдайте обычный режим приёма лекарств, но об этом скажите врачу-анестезиологу, который будет проводить подготовку к операции.

Взять с собой:

1. РЕЗУЛЬТАТЫ ВСЕХ АНАЛИЗОВ!!! согласно перечню:

- Справка-заключение **ЛОР-врача** об отсутствии противопоказаний хирургическому лечению.
- Справка-заключение **стоматолога** об отсутствии противопоказаний хирургическому лечению.
- **ЭКГ** (действительна в течение **1 месяца**).
- **Общий анализ крови** (действителен в течение **1 месяца**).
- **Общий анализ мочи** (действителен в течение **1 месяца**).
- Анализ крови на **сифилис (RW)** (действителен в течение **1 месяца**).
- Анализ крови на **ВИЧ** (действителен в течение 1 месяца).
- Анализ крови на **Гепатит В (HBs-Ag)** (действителен в течение **1 месяца**).
- Анализ крови на **Гепатит С (ВГС)** (действителен в течение **1 месяца**).
- Анализ крови на **сахар** (действителен в течение **1 месяца**).
- Анализ крови на **протромбин** (действительны в течение **1 месяца**).
- **Флюорография** (рентген легких) действительна **1 год**.
- Справка-заключение **терапевта** (диагноз, рекомендации по лечению) об отсутствии противопоказаний хирургическому лечению (действительна в течение **1 месяца**).

Все справки-заключения и анализы должны быть заверены печатью лечебного учреждения.

2. Паспорт.

3. СНИЛС.

4. Сменную обувь — ТАПОЧКИ.

Не пользоваться косметикой для лица (тональным кремом, тушью, тенями).

Не надевать толстые, пушистые кофты и свитера.

В клинике Вы проведёте около 2-3-х часов (оформление на операцию, подготовка к операции, операция, отдых после операции).

Вас **обязательно должны привезти и забрать из клиники** родственники или знакомые.

После операции:

Дома: Вы не снимаете наклейку с оперированного глаза до утра.

Утром на следующий день после операции, Вы снимаете наклейку, начинаете закапывать капли **ТОБРАДЕКС**

1-ую неделю - по **1 капле х 6 раз в день.**

2-ую неделю - по **1 капле х 4 раза в день.**

ДЕКСАМЕТАЗОН 0,1%

С 3-ей недели - **1 капле х 4 раза в день.**

4-ую неделю - **1 капле х 3 раза в день.**

У **пациентов с глаукомой** режим закапывания гипотензивных капель остается **без изменений**. Отменять самостоятельно гипотензивные капли без согласования с врачом **нельзя**.

Утром, на следующий день после операции, Вы приезжаете к назначенному времени в Клинику на осмотр.

Первое время зрение может быть нечётким, затуманенным. Зрение восстанавливается полностью через 1-2-3-4 недели. Также в оперированном глазу может быть **чувство инородного тела, ресницы, пощипывание, покалывание.**

ЗАПРЕЩЕНО:

- Заниматься тяжёлой физической работой и **резко** наклоняться вниз 2-4 недели.
- **Ложиться на сторону** оперированного глаза и **вниз лицом** в течение 1-2 недель.
- **Умывать и протирать** глаза руками, носовым платком, рукавом **1 месяц.**
- Находиться на **холодном ветру** на улице. Для защиты глаза от холода и пыли одевать солнцезащитные очки — **1 месяц.**
- **Остерегаться сквозняков** из форточек и кондиционеров — **1 месяц.**

РАЗРЕШЕНО:

- **Читать, писать, пользоваться компьютером** - при утомлении сделать перерыв.
- **Мыть голову, принимать душ, тёплую (не горячую) ванну** — после **закапать капли ТОБРАДЕКС.**
- Посетить баню (парилку), сауну можно только **через 2 месяца.**
- Вы можете смотреть телевизор, ходить в кино, театр, гулять на улице не забывая о систематическом закапывании капель.

Желаем Вам скорейшего выздоровления!
Наши телефоны (4872) 555-000, 8 (930) 65-555-03

С памяткой ознакомлен(а), экземпляр памятки, в том числе, список необходимых анализов и обследований получил(а).

Пациент _____ « _____ » _____ 202__ года
Ф.И.О., подпись, дата