

OHJEITA LEIKKAUKSEEN TULEVAN LAPSEN VANHEMMILLE

Lapsellenne on varattu leikkausaika lasten ja nuorten lääkäriasema

PIKKUJÄTTI ITÄKESKUS

Kauppakeskus Itis, Itäkatu 7, 2.krs
00930 HELSINKI

PIKKUJÄTTI TAPIOLA

Länsituuli 12
02100 ESPOO

Ilmoittauduttehan **asiakaspalvelutiskillä** toimenpidepäivänä

_____ / _____ 20_____ klo _____

1. Lapsen on oltava **ravinnotta viisi (5) tuntia** ennen toimenpidettä. Älä myöskään anna lapselle maitoa tai muita maitotuotteita. Kirkasta mehua (ei tuoremehua) tai vettä voi juoda enimmillään 1 dl kaksi (2) tuntia ennen toimenpidettä, mutta ei sen jälkeen. Syöminen ja juominen lisäävät oksennusvaaraa ja voivat aiheuttaa toimenpiteen peruuntumisen. Makeisia ja purukumia ei saa syödä. Lapset tyydyttävät nälkensä ja janonsa oma-aloitteisesti, joten on syytä valvoa, ettei yllätyksiä tapahdu. Tarjoamme leikkauksen jälkeen jäätelön / mehujään ja sekamehua.
2. Jos lapsella on jokin lääkitys, (esim. astma), otetaan lääkkeet lääkärin ohjeen mukaan. **Omega 3-**rasvahappovalmisteet on lopetettava viikkoa ennen kitarisa- ja nielurisaleikkausta sekä ennen kirurgisia toimenpiteitä.
3. **Lastenkirurgiseen** toimenpiteeseen tulevan lapsen on hyvä käydä leikkauspäivänä kotona **suihkussa** ja vaihtaa puhtaat vaatteet.
4. Pukekaa lapsi yksinkertaisiin, helposti pestäviin ja puettaviin vaatteisiin. Asu mielellään kaksiosainen, esim. collegepuku. Ottakaa **varavaatteet** mukaan.
5. Lapsen saattaja voi halutessaan olla mukana nukutuksen aloituksessa. Suositeltavaa on, **etteivät** toimenpiteeseen tulevan lapsen **sisarukset ole mukana**. Lapsenne vointia seurataan toimenpiteen jälkeen 1 – 4 tunnin ajan, riippuen toimenpiteestä, kunnes nukutuksen vaikutus on mennyt riittävästi ohi ja lapsenne vointi on hyvä. Esim. korvien putkitus 1h, kitarisaleikkaus 2h, nielurisaleikkaukset noin 4 tuntia.
6. **Kirjalliset Kotihoito-ohjeet** saatte toimenpiteen jälkeen.
7. Suosittelemme, että **lähdette kotiin taksilla tai omalla autolla**. Huomioithan omalla autolla liikkeussasi, että lasta ei pidä kuljettaa yksin takapenkillä.
8. Nukutuksen kannalta on tärkeää tietää lapsen aikaisemmat sairaudet ja hoitotoimenpiteet, minkä vuoksi pyydämme teitä **täyttämään** ”potilaan taustatiedot anestesiaa varten”- lomakkeen ja **palauttamaan** sen sairaanhoitajalle lapsen tullessa toimenpiteeseen. Mikäli jokin asia on epäselvä, soittakaa siitä lasten ja nuorten lääkäriasema Pikkujättiin ennen toimenpidettä.



9. Lapsen **rokotukset** tulee ajoittaa niin, että hän ei saa eläviä heikennettyjä rokotteita (Fluenz - influenssarokote, MPR, vesirokko, ulkomailla otettu Polio, BCG, rotavirus, lavantauti ja keltakuume) kahteen (2) viikkoon ennen leikkausta ja 1 viikko leikkauksen jälkeen. Muiden rokotusten varoaika on kaksi vuorokautta ennen ja jälkeen leikkauksen. Pelkän korvien putkituksen / tympanostomian *jälkeen* ei tarvitse varoaikaa.
10. Mikäli **lapsenne sairastuu** ennen sovittua leikkausaikaa (esim. kuume, hengitystieinfektio, vatsatauti) ottakaa yhteyttä Pikkujättiin mahdollisimman pian.
11. Toimenpide maksetaan käynnin yhteydessä. Maksuvälineenä hyväksytään käteinen, pankkikortit, luottokortit, Pikkujätti-tili (Resurs Bank Ab) sekä vakuutusyhtiöiden maksusitoumukset. Poikkeuksena Pikkujätti Keravan leikkaussali, jossa maksut ainoastaan vakuutusyhtiöiden maksusitoumuksella, Pikkujätti-tilillä (Resurs Bank Ab) tai laskulla.
12. Mikäli vakuutusyhtiö maksaa toimenpiteen, ottakaa **vakuutustiedot/maksusitoumus** mukaan.
13. Muistathan ottaa lapsen **kelakortin** mukaan!

Mikäli teillä on kysyttävää ennen leikkausta, ottakaa yhteyttä kyseessä olevaan asemaan ajanvarauksen kautta (puh. 010 380 8000).



POTILAAN TAUSTATIEDOT ANESTESIAA VARTEN

Nimi: _____ Henkilötunnus: _____

äidin/isän nimi _____

osoite ja postinumero _____

äidin/isän puh. n:o _____

sähköposti _____

paino _____ pituus _____ syönyt klo _____ juonut klo _____

- Onko lapsellanne sairaskuluvakuutus? KYLLÄ / EI
Missä vakuutusyhtiössä? _____
1. Onko lapsellanne esiintynyt allergiaa? KYLLÄ / EI
Mitä allergiaa? _____
2. Onko lasta hoidettu aiemmin sairaalassa? KYLLÄ / EI
Miksi? _____
3. Onko leikattu tai nukutettu aikaisemmin? KYLLÄ / EI
Mitä leikkauksia? _____
4. Onko nukutuksen /puudutuksen yhteydessä ollut jotakin erityistä? KYLLÄ / EI
Mitä? _____
5. Onko lapsellanne tai lapsen lähisuvussa verenvuototaipumusta esim. epätavallisen pitkää haavavuotoa? KYLLÄ / EI
6. Onko lapsella todettu pitkäaikaisia sairauksia? (Esim. astma, sydänsairaus, epilepsia, diabetes, refluksi, reuma, erilaiset syndroomat). Mikä? _____ KYLLÄ / EI
7. Onko lapsenne jonkin taudin kantaja? (Esim. MRSA, ESBL, HIV, Hepatiitti). KYLLÄ / EI
Mitä? _____
8. Saako lapsi parhaillaan lääkettä? KYLLÄ / EI
Mitä? _____
9. Onko viime päivinä esiintynyt nuhaa yskää kuumetta
10. Onko lapsenne saanut rokotuksia viimeisen kahden viikon aikana? KYLLÄ / EI
11. Muuta erityistä, jonka haluatte nukutuslääkärin tietävän?
- Paikka ja aika _____ / _____
- Allekirjoitus _____

