

[polsk]

[Fornavn Etternavn]

[Gateadresse]

[Postnr Poststed]

Deres ref.:

Vår ref.:

Dato:

Miałeś/-aś zakażenie rany operacyjnej?

_____ [Region/HF] bada rutynowo ilu pacjentów dostaje zakażenia rany operacyjnej po wypisaniu/ leczeniu w naszych szpitalach. W związku z tym zwracamy się do ciebie, ponieważ byłeś/-aś operowany/-a _____ [operasjonsdato] w _____ [Navn på sykehus]. Będziemy bardzo wdzięczni, jeżeli odpowiesz na następujące pytania po upływie 30 dni od operacji. Formularz odsyła się w załączonej kopercie, także w przypadku, jeżeli nie ma znaków wskazujących na zakażenie.

Czy pojawiła się żółtozielona ciecz (ropa) w ranie operacyjnej? Tak Nie

Czy było nienormalne zaczerwienienie wokół rany operacyjnej (więcej niż ½ cm po każdej stronie)? Tak Nie

Czy lekarz otworzył ranę z powodu infekcji? Tak Nie

Czy dostałeś/-aś antybiotyków z powodu zapalenia rany? Tak Nie

Miałeś/-aś gorączkę (więcej niż 38,5 stopni) z powodu zapalenia rany operacyjnej? Tak Nie

Data ewentualnego odkrycia przez ciebie cech infekcji: _____

Data/podpis _____ -- _____

Jeżeli odpowiedziałeś/-aś "tak" na jedno z pytań, wskazuje to na zainfekowanie rany. Prosimy o skontaktowanie się z twoim lekarzem i wziąć ze sobą niniejszy list. Lekarz wypełni odpowiedzi na pytania na stronie 2 i wyśle list z powrotem do nas w załączonej kopercie. Informacje zostaną potraktowane poufnie.

Masz pytania odnośnie niniejszego pisma, możesz skontaktować _____ [tittel] _____ [kontaktperson] telefon _____

Uprzejmie pozdrawiam

[Hygienesykepleier/seksjon for sykehushygiene]

Szef oddziału

ODWRÓC