

**У С Б А Л О „ Проф. Б. Бойчев” ЕАД**

**Моля, преди постъпване в УСБАЛО, осъществете консултация с алерголог:**

София, .....20.....год.

Пациент: .....възраст.....

Адрес: гр./с. ....

Диагноза:

**РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОВЕДЕНИТЕ СКРИФИКАЦИОННИ ПРОБИ СЪС СЛЕДНИТЕ МЕДИКАМЕНТИ, ОТЧЕТЕНИ НА 20-та МИНУТА**

- |                     |              |
|---------------------|--------------|
| 1. ТИОПЕНТАЛ        | 9. ДОРМИКУМ  |
| 2. ЛИСТЕНОН         | 10. КАЛИПСОЛ |
| 3. АРДУАН / ПАВУЛОН | 11. ДИПРИВАН |
| 4. ТРАКРИУМ         | 12. МАРКАИН  |
| 5. ФЕНТАНИЛ         | 13. ХИРОКАИН |
| 6. НИВАЛИН          | 14. ЛИДОКАИН |
| 7. АТРОПИН          | 15. АНАЛГИН  |
| 8. ДИАЗЕПАМ         | 16. Контрола |

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** С мнение за предоперативна тридневна подготовка с Xyzal по 1 табл. дневно.

Към премедикацията:

Allergosan .....

Urbason .....

**АЛЕРГОЛОГ:**