



FYZIATRICKO-REHABILITAČNÉ ODDELENIE

OZNAM:

LYMFODRENÁŽ DOLNÝCH KONČATÍN

Vážená pani doktorka, Vážený pán doktor,

Dovoľujeme si vás informovať, že pri odosielaní **pacientov s onkologickým ochorením** na lymfodrenáž končatín žiadame dodržiavať nasledovné podmienky:

1. Vyjadrenie onkológa, že pri danom onkologickom ochorení je pacient bez známkov recidívy (vrátane onkomarkerov)
2. Pri indikácii lymfodrenáže DK:
 - a/ výsledok USG vyšetrenia žilného systému dolných končatín maximálne 6 mesiacov pred indikáciou procedúry
 - b/ ak je pacient liečený na srdce, vyjadrenie internistu príp. kardiológa, že sa nejedná o kardiálne opuchy.

Pri odosielaní **pacientov bez onkologického ochorenia** na lymfodrenáž dolných končatín žiadame dodržiavať nasledovné podmienky:

1. Výsledok USG vyšetrenia žilného systému dolných končatín maximálne 6 mesiacov pred indikáciou na procedúry
2. Ak je pacient liečený na srdce, vyjadrenie internistu príp. kardiológa, že sa nejedná o kardiálne opuchy.

Ďakujeme za pochopenie a spoluprácu.

S pozdravom,

MUDr. J. Mareček
primár FRO

v Bratislave, dňa 28. 1. 2015