


| | | |
|---|-------------------------|---------------------------|
|  | ПАМЯТКА ПАЦИЕНТУ | Ф-01-П-027/РН-СТ Пер.№ |
| <p><i>Уважаемый пациент!</i></p> <p><i>Просим Вас, соблюдать дополнительные требования при подготовке к инструментальным и диагностическим обследованиям.</i></p> <p><i>Пожалуйста, по возможности, более точно следуйте нижеуказанным рекомендациям, это поможет получить более достоверные данные о состоянии вашего здоровья.</i></p> <p><i>Приносим свои извинения за неудобства и ограничения на период времени, когда будут проводиться обследования.</i></p> | | |
| Наименование обследования | Биопсия | |

- Щитовидной железы
- Молочных желез
- Лимфоузлов
- Мягких тканей

Отмените пожалуйста препараты такие как :

- препараты аспирина (кардиомагнил, тромбоАСС, аспирин-кардио) не принимать за 5 дней до исследования
- другие дезагреганты и антикоагулянты (клопидогрель, плавикс, варфарин, ксарелто, эликвис) перерыв в приёме только по согласованию с кардиологом.