

Karta kwalifikacyjna do przyjęcia do Centrum

Data zgłoszenia: _____ Lekarz zgłaszający: _____

Szpital/oddział/gabinet: _____ Tel. kontaktowy: _____

Dane pacjenta

Imię i Nazwisko: _____ Wiek: _____ PESEL: _____

Adres zamieszkania: _____

tel. pacjent: (1) _____ (2) _____ tel. opiekun: _____

Tryb i cel przyjęcia planowy przyśpieszony pilny

Diagnostyka i leczenie choroby wieńcowej

Koronarografia i ewentualnie PCI Kompleksowy/wysokiego ryzyka zabieg PCI
 Koronarografia przed operacją kardiochirurgiczną/ naczyniową/ pozasercową

Elektroterapia zaburzeń rytmu

Ablacja RF (arytmia nadkomorowa, komorowa) krioablacja AF kardiowersja

Urządzenia wszczepialne - diagnostyka, kwalifikacja i implantacja

rozrusznik ICD CRT

Diagnostyka i leczenie niewydolności serca NT-pro-BNP*pg/ml

Diagnostyka i leczenie wad serca SA, IA, IM, SM, IT

Zabiegi hybrydowe - diagnostyka, kwalifikacja i leczenie

TAVI/BAV PFO/ASD MitraClip zamknięcia uszka lewego przedsionka (LAAC)

Rozpoznanie

Choroba wieńcowa - klasa CCS Przebyte zawał Przebyte PCI Przebyte CABG
 Niewydolność serca - klasa NYHA Operacja zastawki Wada serca Urządzenia
wszczepialne Nadciśnienie tętnicze Migotanie przedsionków Tętniak aorty Miażdżyca
tętnic obwodowych/szyjnych, Przebyte PTA/operacja naczyniowa

Choroby towarzyszące/czynniki ryzyka

Dyslipidemia LDL-C* Cukrzyca Otyłość Nikotynizm dodatni wywiad rodzinny

Choroby pozasercowe

Udar/TIA Niewydolność nerek - GFR*ml/min/m² Choroby tarczycy - TSH*mIU/l
 POCHP/astma Anemia - Hb*g% Choroba wrzodowa Choroba nowotworowa

Leki ASA kłopidogrel tikagrelor prasugrel acenokumarol/warfin NOAC

Dotychczasowa diagnostyka

ECHO EF*% Próba wysiłkowa SPECT Stres echo Holter EKG USG CT

Inne istotne informacje

.....
.....
.....
.....

Wynik kwalifikacji

Do przyjęcia termin Do leczenia zachowawczego

Ewentualne uwagi Pieczętka i podpis lekarza:

* wypełnić jeżeli dostępne dane