



WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY
Pracownia Kardiologii Inwazyjnej
87-100 Toruń, ul. Św. Józefa 53/59 tel./fax (0-56) 61-01-612

KARTA ZGŁOSZENIA PACJENTA
DO PRACOWNI KARDIOLOGII INWAZYJNEJ

Pieczęć ośrodka
zgłaszającego:

Data zgłoszenia:

NAZWISKO I IMIĘ: WIEK PŁEĆ: M K

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ADRES:

WOJEW.: GMINA: MIEJSCOWOŚĆ:

KOD: UL. TEL.:

NFZ: WZROST: cm, WAGA kg, GRUPA KRWI:

RODZAJ ZABIEGU:

KORONAROGRAFIA <input type="checkbox"/>	WENTRYKULOGRAFIA <input type="checkbox"/>	AORTOGRAFIA <input type="checkbox"/>
BYPASSOGRAFIA <input type="checkbox"/>	ANGIOPLASTYKA WIĘNCOWA <input type="checkbox"/>	

TRYB WYKONANIA ZABIEGU:

PLANOWY <input type="checkbox"/>	PRZYSPIESZONY <input type="checkbox"/>	PILNY <input type="checkbox"/>
----------------------------------	--	--------------------------------

WSKAZANIA:

<p>1. Podejrzanie choroby wieńcowej <input type="checkbox"/></p> <p>2. Rozpoznana choroba wieńcowa:</p> <p>dławica stabilna: <input type="checkbox"/></p> <p>nieme niedokrwienie: <input type="checkbox"/></p> <p>dławica niestabilna: <input type="checkbox"/></p> <p>dławica niestabilna ustabilizowana: <input type="checkbox"/></p> <p>świeży zawał serca: <input type="checkbox"/></p> <p>przebyty zawał serca: <input type="checkbox"/></p> <p>data:</p> <p>pełnościenny: <input type="checkbox"/></p> <p>niepełnościenny: <input type="checkbox"/></p> <p>Liczba przebytych zawałów:</p> <p>Lokalizacja zawału:</p> <p>klasa CCS I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/></p> <p>Próba wysiłkowa:</p> <p>obciążenie maksymalne (METS):</p> <p>ujemna <input type="checkbox"/></p> <p>dodatnia <input type="checkbox"/></p> <p>wybitnie dodatnia <input type="checkbox"/></p> <p>zmiany w EKG <input type="checkbox"/></p> <p>ból wieńcowy <input type="checkbox"/></p>	<p>Echo serca: EF: %</p> <p>zaburzenia kurczliwości: <input type="checkbox"/></p> <p>odcinkowe <input type="checkbox"/> uogólnione <input type="checkbox"/></p> <p>3. Niewydolność krążenia:</p> <p>klasa NYHA I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/></p> <p>obrzęk płuc w wywiadzie: <input type="checkbox"/></p> <p>4. Stan po zatrzymaniu krążenia: <input type="checkbox"/></p> <p>5. Wada zastawkowa serca: <input type="checkbox"/></p> <p>rodzaj wady:</p> <p>kwalifikowana do zabiegu: <input type="checkbox"/></p> <p>6. Diagnostyka przed operacją pozasercową: <input type="checkbox"/></p> <p>7. Inne</p>
---	--

WCZEŚNIEJSZE ZABIEGI:

Koronarografia: data:	Operacja zastawkowa: <input type="checkbox"/> data:
Angioplastyka wieńcowa: data:	Chirurgia naczyniowa: <input type="checkbox"/> data:
tętnica poszerzana:	rodzaj operacji:
stent <input type="checkbox"/>	Inne:
CABG: data:	
pomostowane naczynia:	

CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE:

Miażdżyca tętnic obwodowych <input type="checkbox"/>	Niewydolność nerek <input type="checkbox"/>	Choroba nowotworowa <input type="checkbox"/>
Tętniak aorty <input type="checkbox"/>	Choroby tarczycy <input type="checkbox"/>	Zaburzenia krzepnięcia <input type="checkbox"/>
Udar mózgowy <input type="checkbox"/>	Choroba obturacyjna płuc <input type="checkbox"/>	Inne:
Choroba wrzodowa <input type="checkbox"/>	Choroby układowe <input type="checkbox"/>	

CZYNNIKI RYZYKA:

Nadciśnienie tętnicze <input type="checkbox"/>	Otyłość <input type="checkbox"/>	Palenie tytoniu <input type="checkbox"/>
Cukrzyca: <input type="checkbox"/>	Dyslipidemia <input type="checkbox"/>	Wywiad rodzinny <input type="checkbox"/>
leczone: insuliną <input type="checkbox"/>		
lekami doustnymi <input type="checkbox"/>		

INNE DANE:

Uczulenia: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tętna udowe: L: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Przebyte wzw: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	P: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
HBs: dodatni <input type="checkbox"/> ujemny <input type="checkbox"/>	Żyłki kończyn dolnych: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Szczepienia p/wzw (daty):	Leki przeciwzakrzepowe:
I- II- III-	

WYMAGANE BADANIA DODATKOWE:

Morfologia krwi obwodowej.....
Poziom kreatyniny.....
Rtg klatki piersiowej (opis).....
.....

Prosimy o staranne wypełnienie karty zgłoszeniowej i dołączenie krótkiej epikryzy.

.....
Pieczętka i podpis lekarza kierującego