

**KARTA ZGŁOSZENIA PACJENTA
DO KLINIKI KARDIOCHIRURGII I CHIRURGII NACZYNIOWEJ**

pieczęć ośrodka zgłaszającego

Data zgłoszenia:

nazwisko i imię pacjenta

PESEL:

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

 Data urodz.: NFZ:

Adres zamieszkania: _____ Kod pocztowy _____

Kontakt:
telefon adres poczty e-mail

Dane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ):

DANE PACJENTA:

Grupa krwi: Rh(); Wzrostcm; Wagakg; Antygen HBs: dodatni / ujemny *

Daty szczepień przeciw WZW: I: II: III:, poziom p/ciał:

ROZPOZNANIE:

CHORUJE OD:

ILE ZAWAŁÓW (data).....

Ostatni (data).....

CHOROBA WIEŃCOWA: stabilna / niestabilna*

- ZAWAŁ ZAGRAŻAJĄCY:
- NIEDOMYKALNOŚĆ POZAWAŁOWA:
- ŚWIEŻY ZAWAŁ:
- POWIKŁANIE PTCA:
- VSD POZAWAŁOWE:

POPZEDNIO CABG: data:

POPZEDNIO PTCA: data:

PRÓBA WYSIŁKOWA:

- ujemna
- zmiany w EKG
- ból

Choroba wieńcowa CHA: I , II , III , IV ; EF% LVEDPmmHg

Wydolność serca NYHA: I , II , III , IV ; LVVIml

Ciśnienie tętnicze: P...../.....; L...../.....mmHg

Szmer nad tętnicami szyjnymi P: / L:

Zwężenia tętnic szyjnych P: / L:

LEKI:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

LIPIDOGRAM:

Cholesterol całkow.mg%, HDL.....mg%

Trójglicerydy:mg%, LDL.....mg%

Tętna udowe: P: / L:

Żyłaki P: / L:

CHOROBA WRZODOWA: TAK NIE

ZABURZENIA KRZEPNIĘCIA: TAK NIE Rodzaj:

NIEWYDOLNOŚĆ NEREK:

INFEKCJE:

SANACJA JAMY USTNEJ: TAK NIE

WYDOLNOŚĆ ODDECHOWA:

TARCZYCA:

EKG:

ZAŁĄCZNIKI:

- | | | |
|--|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> RTG klatki piersiowej | <input type="checkbox"/> Posiew | Inne: |
| <input type="checkbox"/> Oryginalna gr. krwi | <input type="checkbox"/> Doppler tt. szyjnych | |
| <input type="checkbox"/> Koronarografia | <input type="checkbox"/> TK | |
| <input type="checkbox"/> ECHO | <input type="checkbox"/> MRI | |

INFORMACJA: Karta zgłoszeniowa niekompletnie wypełniona nie będzie przyjmowana przez KLINIKĘ !!!

Wnioski wpisuje wypełniający kartę i stwierdza zgodność swoim podpisem.

<p>PACJENT POINFORMOWANY O KRWIODAWSTWIE RODZINNYM</p> <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>..... (data i czytelny podpis pacjenta)</p>
--

<p>..... (data i czytelny podpis lekarza kwalifikującego pacjenta)</p>
--

KONSYLIMUM KWALIFIKUJĄCE PACJENTA – DATA _____

.....

.....

.....

Decyzja dotycząca wdrożenia procedur medycznych operacyjnych / zabiegowych* w trybie:
natychmiastowym / pilnym / przyspieszonym / elektrywnym *

Osoby obecne na konsylium:

.....

.....

.....

.....

.....

.....