



Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, ul. Prądnicza 80, 31-202 Kraków

Oddział Chirurgii Naczyń z Pododdziałem Zabiegów Endowaskularnych

Kontakt: Sekretariat tel.: 12 6142744 (od 7³⁰ do 14⁰⁰ w dni powszednie), fax: 12 6142749 (od 7³⁰ do 14⁰⁰ w dni powszednie)
Pokój Lekarzy tel.: 12 6142740 (24 godz.) fax: 12 6142751 (24 godz.). Lekarz Dyżurny tel. kom.: 501 039461 (od 14³⁵ do 7⁰⁰)

KARTA ZGŁOSZENIA / KWALIFIKACYJNA DO OPERACJI NACZYNIOWYCH

PESEL* <input type="text"/>	Data zgłoszenia*
------------------------------------	-------------------------------

Imię i Nazwisko* **lat*** **Grupa krwi***

Adres* **Tel.***

Rozpoznanie główne* ICD-10 _____

Schorzenia współistniejące / informacje dodatkowe*

Badania weryfikacyjne*: USG TK/angio-TK Angiografia Inne (jakie)

Czynniki ryzyka*: waga* wzrost* / BMI waga (kg) : wzrost (m)² = %

Niewydolność nerek* nie tak Nadczynność tarczycy* nie tak

Niewydolność serca: nie tak / NYHA: LVEF >50% LVEF 30-50% LVEF <30%

Stosowane aktualnie leki przeciwkrzepliwe* Acenocumarol Warfin Heparyna ASA Dabigatran

Rivaroxaban Plavix **Uwaga**: odstawić: od dnia

Szczepienie p/WZW B*: nie tak

Uczulenia: na środek kontrastowy* nie tak / **na leki*** nie tak jakie:.....

Skala POSSUM **Ryzyko**: małe średnie duże

Proponowane leczenie*:

.....
Jednostka kierująca (pieczętka)* **Lekarz kierujący (pieczętka)*** **telefon kontaktowy***

Operacja chirurgiczna klasyczna:

PTA / stent tętnicy:

Stentgraft aorty:

Inny zabieg:

Vascular Team: Uwagi / Komentarze, Kwalifikacja do operacji:

.....
Kardiolog interwencyjny **Angiolog** **Chirurg naczyniowy** **Neurolog** **Inny specjalista**

Tryb przyjęcia: planowy przyspieszony pilny **Termin przyjęcia**:

***Dane wymagane** **Aktualizacja karty: 2019-02-19**