Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków
Oddział Chirurgii Naczyń z Pododdziałem Zabiegów Endowaskularnych
Kontakt: **Sekretariat tel.: 12 6142744 / fax: 12 6142749** (od 7^{30} do 14^{00} w dni powszednie)
Pokój Lekarzy tel.: 12 6142740 / fax: 12 6142751 (24 godz.). **Lekarz Dyżurny tel. kom.: 501 039461** (od 14^{35} do 7^{00})

KARTA ZGŁOSZENIA / KWALIFIKACYJNA DO OPERACJI NACZYNIOWYCH

PESEL*												**Data zgłoszenia*** …….....

NAZWISKO i Imię* . . . . . **lat***……**Grupa krwi*** ….. **Rh***…../……

Adres*. . . . . **Tel.*** . . . . . .

Rozpoznanie główne* ICD-10 _____ . . . . . .

Schorzenia współistniejące / informacje dodatkowe* . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Wykonane badania weryfikujące*: 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 <30%☐ LVEF 30-50%☐ LVEF >50%☐**

Uczulenia: na środek kontrastowy* nie☐ tak☐ /na LEKI* nie☐ tak☐ jakie: . . . . . .

Stosowane aktualnie leki przeciwkrzepliwe:* Acenocumarol☐ Warfin☐ Heparyna☐ ASA☐

Dabigatran☐ Rivaroxaban☐ Apixaban☐ Plavix☐ Uwaga: odstawić . . . . . **od dnia**. . . . . .

Szczepienia p-ciw/WZW B* Tak☐ / Nie ☐ Uzasadnienie: . . . .

Szczepienia p-ciw/COVID-19* Tak☐ Dawka 1☐ Dawka 2☐ Dawka Przypominająca ☐ dz.…mc….rok ……

Nie ☐ Uzasadnienie: . . . . . .

Proponowane leczenie*: . . . . . .

. . . .

Jednostka kierująca (*pieczątka*)* Lekarz kierujący (*pieczątka*)* telefon kontaktowy*

***Vascular Team:* Uwagi / Komentarze / Kwalifikacja:** . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Operacja chirurgiczna klasyczna☐ . . . . . .

PTA / stent tętnicy☐ . . . . . **Stentgraft aorty☐** . . . . . .

Inny zabieg: ☐ . . . . . .

. . . .

Kardiolog Interwencyjny Angiolog Chirurg Naczyniowy Neurolog Inny Specjalista

Tryb przyjęcia: planowy☐ przyspieszony☐ pilny☐ Termin przyjęcia: dz. …. **mc.** ….. **rok** . . . . . .

Dane wymagane / Aktualna wersja karty: K.Kw.20211201.v.4.0.pdf