***Kartę kwalifikacyjną zgłoszenia pacjenta dla Zespołu „Heart Failure Team” prosimy przesyłać w formie scanu lub uzupełnionego formularza na adres e-mail:*** ***m.kaleta@szpitaljp2.krakow.pl*** ***(ew.*** ***hft@szpitaljp2.krakow.pl******) lub faxem telefon +48126143456.***

**DANE ZGŁASZAJĄCEGO:**

 **DD/MM/RRRR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **OŚRODEK ZGŁASZAJĄCY** | **DATA ZGŁOSZENIA** |  |
| **Jednostka (pobyt)** |  | **Lekarz prowadzący** |  | **Kontakt** |  |

 **DANE PACJENTA:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Płeć** | 🞏 **kobieta** 🞏 **mężczyzna** | **PESEL** |  | **Data urodzenia** |  | **Telefon** |  |
| **Nazwisko i Imię** |  | **Grupa krwi** |  |
| **Waga (kg)** |  | **Wzrost (cm)** |  | **BMI** |  | **BSA** |  |
| **Rozpoznanie (pełne, choroby towarzyszące):** |  |
| **Inne uwagi o pacjencie:** |  | **Reoperacja:** | 🞏 tak🞏 nie | **Klasa NYHA:** | 🞏 NYHA I 🞏 NYHA II 🞏 NYHA III 🞏 NYHA IV |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etiologia niewydolności serca:** | **🞎 Kardiomiopatia niedokrwienna** (Ischemic CMP) | 🞏 **Kardiomiopatia rozstrzeniowa** (Dilated CMP) | 🞏 **Zapalenie mięśnia sercowego** (Myocarditis) | 🞏 **Niedokrwienie mięśnia sercowego** (Infraction) | 🞏 **Inne:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **PROPOZYCJE LECZENIA:** |  |

**WYNIKI BADAŃ OBRAZOWYCH:**

|  |  |
| --- | --- |
| **echokardiografia** |  |
| **6MWT (sześciominutowy test chodu)** |  |
| **Holter (24-godzinne monitorowanie EKG)** |  |
| **RTG klatki piersiowej** |  |
| **koronarografia (opcjonalnie)** |  |
| **cewnikowanie prawostronne (opcjonalnie)** |  |
| **tomografia komputerowa / inne istotne badania** |  |
| **kontrola stomatologiczna** |  |
| **ewentualne uzależnienia /** **inne istotne czynniki ryzyka** |  |
| **farmakoterapia aktualna**  |  |
| **zespół kruchości (*frailty syndrome*)**Skala kruchości według Canadian Study of Health and Aging Clinical Frailty Scale (CSHACFS) | 🞎 1. Wysoka kondycja - Aktywne, energiczne, dobrze zmotywowane i zdrowe osoby uprawiające regularnie  ćwiczenia i należące do najzdrowszych w swoim przedziale wiekowym🞎 2. Dobra kondycja - Osoby bez aktywnej choroby, ale mniej sprawne od osób z kategorią 1.🞎 3. Dobra kondycja - Osoby z leczonymi chorobami współistniejącymi (objawy chorób dobrze kontrolowane w porównaniu z osobami z kategorią 4.)🞎 4. Częściowa podatność - Osoby, choć niezależne od pomocy innych, to często zgłaszające „spowolnienie” lub objawy istniejących chorób🞎 5. Łagodna kruchość - Osoby częściowo zależne od pomocy innych w codziennym życiu🞎 6. Umiarkowana kruchość - Osoby wymagające częstej pomocy w codziennym życiu🞎 7. Poważna kruchość - Osoby całkowicie zależne od pomocy innych lub terminalnie chore          🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 |

**WYNIKI BADAŃ LABORATORYJNYCH:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HgB** (g/dL) |  | **HCT** (%) |  | **WBC** (10^3/µl) |  | **PLT** (10^3/µl)  |  | **Na** (mmol/L) |  | **K** (mmol/L) |  | **Cl** (mmol/L) |  | **CRP** (mg/L) |  |
| **pCO2** (mmHg) |  | **pO2** (mmHg) |  | **pH** |  | **APTT** (sek) |  | **INR** |  | **ALAT** (U/L) |  | **AspAT** (U/L) |  | **PTC** (ng/mL) |  |
| **BIL** (µmol/L) |  | **GGTP** (U/L) |  | **hsT** (ng/mL) |  | **CK-MB** (U/L) |  | **CK** (U/L) |  | **Crea**(µmol/L) |  | **eGFR** |  | **NT-proBNP (**pg/mL) |  |
| **GLUkoza** (mmol/L) |  | **TSH**(µIU/mL) |  | **FT3 (**pmol/L) |  | **FT4 (**pmol/L) |  | **LDH** (U/L) |  |  |  |  |  |  |  |
| **CMV IgG** | 🞏 dodatni🞏 ujemny | **CMV IgM** | 🞏 dodatni🞏 ujemny | **Kiła VDRL** | 🞏 dodatni🞏 ujemny | **PSA** | 🞏 dodatni🞏 ujemny | **AFP** | 🞏 dodatni🞏 ujemny | **CEA** | 🞏 dodatni🞏 ujemny | **CA-125** | 🞏 dodatni🞏 ujemny | **CA-19-9** | 🞏 dodatni🞏 ujemny |
| **CA-15-3** | 🞏 dodatni🞏 ujemny | **Beta-hCG** | 🞏 dodatni🞏 ujemny |  |  |  |  |  |  | **HBs-Ag** | 🞏 dodatni🞏 ujemny | **anty HBc-Ig** | 🞏 dodatni🞏 ujemny | **anty HCV** | 🞏 dodatni🞏 ujemny |

|  |  |
| --- | --- |
| **leczenie przeciwkrzepliwe ?***(kwas acetylosalicylowy/klopidogrel/tikopidyna/prasugrel/**acenokumarol/warfaryna/dabigatran/tikagrelor/apiksaban)* **i data ostatniej dawki:** |  |

 **OCENA RYZYKA OPERACYJNEGO WG EUROSCORE II**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wiek ponad 60 lat (+1 pkt. co 5 lat) | **1** |  | Niestabilna choroba wieńcowa z ciągłym wlewem NTG i.v. | **2** |  |
| Płeć żeńska | **1** |  | Dysfunkcja lewej komory: umiarkowana lub LVEF 30-50% | **1** |  |
| Przewlekła choroba płuc *– przewlekłe stosowanie leków rozszerzających oskrzela lub steroidów z powodu choroby płuc:* | **1** |  | Dysfunkcja lewej komory: ciężka lub LVEF <30 % | **3** |  |
| Zmiany naczyniowe pozasercowe | **2** |  | Zawał serca w ciągu ostatnich 90 dni: | **2** |  |
| Zaburzenia neurologiczne – *choroba mająca poważny wpływ na poruszanie się lub codzienne funkcjonowanie:* | **2** |  | Nadciśnienie płucne – ciśnienie skurczowe w tętnicy płucnej >60 mmHg: | **2** |  |
| Wcześniejsze operacje serca z otwarciem worka osierdziowego | **3** |  | Zabieg w trybie natychmiastowym | **2** |  |
| Stężenie kreatyniny w surowicy >200 μmol/l (>2,26 mg/dl): | **2** |  | Operacja serca inna niż izolowane pomostowanie aortalno-wieńcowe (CABG):  | **2** |  |
| Aktywne infekcyjne zapalenie wsierdzia: | **3** |  | Operacja na aorcie piersiowej: | **3** |  |
| Krytyczny stan przed operacją:*jedno lub więcej z poniższych: częstoskurcz komorowy/migotanie komór (VT), pośredni masaż serca przed operacją (NZK), wentylacja mechaniczna przed przybyciem na salę operacyjną, przedoperacyjne podawanie leków inotropowych, kontrapulsacja wewnątrzaortalna (IABP) lub VAD, ostra niewydolność nerek przed operacją (anuria lub oliguria <10ml/h):* | **3** |  | Pozawałowe pęknięcie przegrody międzykomorowej: | **4** |  |

 **Ryzyko operacyjne: Wskazania do operacji:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **Małe** (0-2 pkt, śmiertelność: 0,8 ) **Średnie** (3-5 pkt, śmiertelność: 3,0) **Duże** (6 i więcej pkt, śmiertelność: 11,2) | **Natychmiastowe** | **Pilne** | **Planowe** |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Decyzja Zespołu Kwalifikującego *„Heart Failure Team”*** | ***Data i podpis:*** |