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

Oddział Chirurgii Naczyń z Pododdziałem Zabiegów Endowaskularnych
Kontakt: **Sekretariat tel.**: **12 6142744** (od 7^{30} do 14^{00} w dni powszednie), **fax**: **12 6142749** (od 7^{30} do 14^{00} w dni powszednie)
Pokój Lekarzy tel.: **12 6142740** (24 godz.) **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***. . . . . .

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: .pdf. K.Kw.20240912.v.1.0*