

KARTA ZGŁOSZENIA PACJENTA

Dane pacjenta

Imię i nazwisko: PESEL:

Rodzaj i numer dokumentu tożsamości (jeżeli brak PESEL):

Adres:

Telefon:

Skierowanie do szpitala: oddział kardiologiczny – kod skierowania:

Badania diagnostyczne/zabiegi terapeutyczne:

- | | |
|---|---|
| ☐ koronarografia/bypasografia/angioplastyka | ☐ niewydolność serca |
| ☐ angiografia/angioplastyka tętnic dogłównych | ☐ kardiomiopatie |
| ☐ angiografia/angioplastyka naczyń obwodowych | ☐ diagnostyka/leczenie wady wrodzonej |
| ☐ balonowa angioplastyka płucna | ☐ zabiegi strukturalne (wady zastawkowe, PFO, ASD) |
| ☐ krwiotłucia | ☐ zamknięcie uszka lewego przedsionka |
| ☐ malformacje naczyniowe płucne | ☐ diagnostyka nadciśnienia płucnego |
| ☐ inne badania diagnostyczne/inne zabiegi terapeutyczne: | |

Ostra zatorowość płucna – skontaktuj się z zespołem PERT: telefon 505 015 173

Ostry zespół wieńcowy – skontaktuj się z dyżurnym Zakładu Hemodynamiki

DANE KLINICZNE

Rozpoznanie/główne objawy:

LVEF [%]:

NYHA: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

CAD stabilna wg CCS: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

Przebyta rewaskularyzacja serca: **PCI** kiedy: **CABG** kiedy:

Nadciśnienie tętnicze: ☐ Tak ☐ Nie Cukrzyca: ☐ Tak ☐ Nie Waga ciała: kg Wzrost: cm

Leki przeciwzakrzepowe: ☐ VKA ☐ NOAC ☐ Inne:

Aktualne infekcje: ☐ Tak ☐ Nie ☐ Antybiotyki:

Tryb przyjęcia: ☐ planowy ☐ pilny

W przypadku konieczności przyjęcia w trybie pilnym – uzasadnienie oraz wyniki badań, wskazany kontakt z sekretariatem/dyżurką lekarską oddziału:

.....

.....

.....

Inne uwagi:

.....

Dane Lekarza zgłaszającego:

kontakt:

.....		
Dane jednostki zgłaszającej	Data zgłoszenia	Dane identyfikacyjne i podpis zgłaszającego

W przypadku wątpliwości, prosimy o kontakt z sekretariatem oddziału: tel. 12 614 22 87