


NAZWISKO , IMIĘ		DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM CHORÓB SERCA 														
PESEL																
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>														UL.KAMIENSKIEGO 73A 51-124 WROCLAW TEL: 71-32-09-450; 71-32-09-422		
ADRES																
Telefony																
Tryb zabiegu		Nagły	Przyśpieszony	Planowy												
Rozpoznanie																
Grupa krwi		Waga	Wzrost	BSA												
Leki przeciwplatekcyjne	TAK	NIE	Leki przeciwkrzepliwne	TAK NIE												
Odstawiono dnia		Odstawiono dnia														
Inne choroby i operacje w wywiadzie:																
Badanie echokardiograficzne		Data:														
Inne Badanie (NMR, CT, EKG)		Data:														
Data kwalifikacji		DECYZJA														
Proponowany termin operacji.																
Lekarz wypełniający kartę (podpis i pieczętka)		Kardiolog kwalifikujący (podpis i pieczętka)	Kardiochirurg kwalifikujący (podpis i pieczętka)													