


KARTA KWALIFIKACYJNA DO ZABIEGU KARDIOCHIRURGICZNEGO



Dolnośląskie Centrum Chorób Serca
im.prof. Zbigniewa Religi
Medinet Sp. z o.o.
67-100 Nowa Sól, ul. Chałubińskiego 7
Tel: 68-388-21-91, 68-388-21-92
Fax: 68-388-21-91
mail: nowasol@medinet.pl

NAZWISKO , IMIĘ*				 Dolnośląskie Centrum Chorób Serca im.prof. Zbigniewa Religi Medinet Sp. z o.o. 67-100 Nowa Sól, ul. Chałubińskiego 7 Tel: 68-388-21-91, 68-388-21-92 Fax: 68-388-21-91 mail: nowasol@medinet.pl													
PESEL*																	
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table>																	
ADRES*																	
Data kwalifikacji:																	
Telefony*																	
Tryb zabiegu*				Nagły		Przyśpieszony		Planowy									
Rozpoznanie																	
Grupa krwi*			Waga*			Wzrost*			BMI								
Leki przeciwplatekcyjne*			TAK			NIE			Leki przeciwkrzepliwne*								
									TAK								
									NIE								
Odstawiono dnia					Odstawiono dnia												
EUROSCORE II (www.euroscore.org)					MRSA												
1. Zawał do 90 dni			TAK			NIE			Szczepienia p/wzw								
2. Dławica piersiowa			TAK			NIE			STABILNA		NIESTABILNA						
2.a CCS I / II / III / IV					NYHA I / II / III / IV												
3. PCI w wywiadzie			TAK			NIE											
3a Kiedy					2b Jakie naczynia												
4. POChP			TAK			NIE											
4.a Spirometria			TAK			NIE			Konsultacja pulmonologiczna i badanie (kopia)								
5. Udar mózgu / TIA w wywiadzie			TAK			NIE			Konsultacja neurologiczna i opis TK (kopia)								
6. Zwężenie tt. szyjnych > 50%?			TAK			NIE			Badanie USG i konsultacje chirurga naczyniowego								
7. Cukrzyca			TAK			NIE			HbA1C								
8. Choroba tarczycy w wywiadzie			TAK			NIE											
8.a Poziom TSH			TAK prawidłowy			Jeżeli nieprawidłowy, dołącz konsultację endokrynologiczną											
9. Choroba tt. kończyn			TAK			NIE											
10. Żyłki kończyn dolnych			TAK			NIE											
10a. Usunięto chirurgicznie?			TAK			NIE			Która kończyna?								

11. Choroby nerek	TAK	NIE	Kreatynina
11a. Jakie?			GFR
12. Choroby przewodu pokarmowego	TAK	NIE	
12a. Jakie?	Kiedy?		
13. Zęby wyleczone	TAK	NIE	
14. Inne choroby i operacje w wywiadzie:			
15. Badanie UKG Data:			
15a. LA.....mm/.....cm ² LV.....mm/mm RV.....mm RA.....mm/.....cm ² EF.....% Aomm/ Pierścieńmm Opuszka.....mm STJ.....mm Ao wst.mm			
15b.			
AV Gradient skurczowy (Max/średni)/ V _{max}			
Pole powierzchnicm ² / Fala zwrotna/ VC...../ ERO/PISA/			
15c.			
MV płatki:/ Gradient średni skurczowy:.....mmHg/ Efektywna powierzchnia ujścia:.....cm ²			
Fala zwrotna/ VCWmm/ EROmm/ PISAcm/			
Pole powierzchni fali zwrotna% typ wg Carpentiera			
15d.			
TV) Fala zwrotna TAPSEmm RVSPmmHg/ Pierścieńmm			
15e.			
PV) AcTms/ V _{max} t.pt.m/s Qp/Qs/			
15f.			
Kurczliwość regionalna			
Inne			
16. Tomografia Komputerowa/ Test dobutaminowy	Data		Kopia badania w załączeniu
17. Koronarografia (data, nr filmu)		Miejsce badania	
LM (Pień LTW)	(LIMA %	Do uzupełnienia	
LAD %	D1		
Cx %	D2		
OM %			
RCA %	PDA %		
UWAGI			
Proponowany termin operacji:	DECYZJA		
Kardiolog inwazyjny			
Lekarz wypełniający kartę (podpis i pieczęć)	Kardiolog kwalifikujący (podpis i pieczęć)	Kardiochirurg kwalifikujący (podpis i pieczęć)	

w przypadku przyjmowania preparatu kłopidogrelu lub preparatu tiklopidine wskazane jest odstawienie w/w preparatów na 5 dni przed przyjęciem

w przypadku przyjmowania pochodnych kumaryny wskazane jest odstawienie w/w leków na 2 dni przed przyjęciem

nie odstawiamy przed przyjęciem preparatów kwasu acetylosalicylowego

* Pole wymagane