


KARTA KWALIFIKACYJNA DO ZABIEGU KARDIOCHIRURGICZNEGO

NAZWISKO , IMIĘ*				 <p style="margin-top: 10px;">Dolnośląskie Centrum Chorób Serca im.prof. Zbigniewa Religi - Medinet sp. z o.o. 51-128 Wrocław, ul.Kamińskiego 73A Tel:71-32-09-450, 71-32-09-422 Fax:71-32-09-400 mail: konsultacje@medinet.pl</p>			
PESEL*							
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. Jakiej?				GFR			

12. Choroby przewodu pokarmowego	TAK	NIE	
12a. Jakież?	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 pieczęćka)	Kardiolog kwalifikujący (podpis i pieczęćka)	Kardiochirurg kwalifikujący (podpis i pieczęćka)	

w przypadku przyjmowania preparatu klopidogrelu 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