

Ankieta zgłoszenia pacjenta do diagnostyki inwazyjnej naczyń wieńcowych

Pracownia Hemodynamiki Oddziału Kardiologii Inwazyjnej Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w STALOWEJ WOLI
37-450 Stalowa Wola, ul. Staszica 4, tel. lekarza dyżurnego (015) 8433140 tel. alarmowy: (0) 501 677 476, fax: (015) 8433143

Data zgłoszenia/...../200...

Ośrodek zgłaszający		Lekarz zgłaszający		Telefon kontaktowy lekarza kierującego		
Nazwisko pacjenta		Imię	Wiek	Płeć M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	Oddział NFOZ	
PESEL		Data przyjęcia do szpitala		Nr Telefonu Pacjenta (.....)		
Kod Poczтовый	Miasto	Ulica		Nr domu	Nr mieszkania	
Grupa Krwi „.....” Rh.....	Hbs Ag Dodatni <input type="checkbox"/> Ujemny <input type="checkbox"/>	Szczepienie HBV	Anty HCV Dodatni <input type="checkbox"/> Ujemny <input type="checkbox"/>	USR Dodatni <input type="checkbox"/> Ujemny <input type="checkbox"/>	HIV Dodatni <input type="checkbox"/> Ujemny <input type="checkbox"/>	Klisze RTG obecne Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

Niewydolność nerek	nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/>	Przebyty udar mózgu	nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/>
Skazy krwotoczne	nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/>	Frakcja wyrzutowa lewej komory EF.....%	
Uczulenia	nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/>	Choroby tarczycy	nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> eutyreoza <input type="checkbox"/>
Tętno na kończynach dolnych obecne: lewa t. udowa <input type="checkbox"/>		prawa t. udowa <input type="checkbox"/>	

A. Dla pacjentów z ostrym incydem wieńcowym, bez uniesienia odcinka ST	
Klasyfikacja TIMI Risk Score.....pkt <input type="checkbox"/> Wiek \geq 65 lat <input type="checkbox"/> Zmiany odcinka ST w EKG $>0,5$ mm <input type="checkbox"/> Przynajmniej dwa epizody bólu w ciągu 24 godz <input type="checkbox"/> \geq 3 czynniki ryzyka choroby wieńcowej (cukrzyca, nadciśnienie, hyperlipidemia, palenie, wywiad rodzinny) <input type="checkbox"/> Podniesiona aktywność markerów martwicy mięśnia sercowego (troponina i/lub CK-MB) data.....wartość max. <input type="checkbox"/> Przyjmowanie aspiryny w ciągu ostatnich 7 dni <input type="checkbox"/> Potwierdzona choroba wieńcowa (przebyty zawał serca, zwężenie $> 50\%$ w koronarografii, przebyte zabiegi PCI, CABG)	Klasyfikacja ryzyka wg PTK/NFZ.....pkt <input type="checkbox"/> Pozytywny wynik troponiny <input type="checkbox"/> Ból dławicowy spoczynkowy < 24 godz <input type="checkbox"/> Dynamiczne zmiany ST w EKG <input type="checkbox"/> Cukrzyca <input type="checkbox"/> Niestabilność hemodynamiczna <input type="checkbox"/> Komorowe zaburzenia rytmu

B. Dla chorych po stabilizacji farmakologicznej OZW lub stabilna choroba wieńcowa	
	Klasa CCS I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>
Próba wysiłkowa EKG	Klinicznie dodatnia <input type="checkbox"/> EKG obniżki ST <input type="checkbox"/> ujemna <input type="checkbox"/> uniesienia ST <input type="checkbox"/>
Czy test wysiłkowy wskazuje na zwężenie pnia LTW lub ciężkie niedokrwienie TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Przebyty zawał mięśnia sercowego	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Data /dd/mm/rr/ /...../...../..... ściana przednia <input type="checkbox"/> boczna <input type="checkbox"/> dolna <input type="checkbox"/>

Proponowany tryb przyjęcia →	Natychmiastowy do 48h <input type="checkbox"/>	Przyspieszony 48h – 7 dni <input type="checkbox"/>	Planowy powyżej 7 dni <input type="checkbox"/>
------------------------------	--	--	--

Uwagi i informacje dodatkowe:

.....

.....

.....

.....

.....
Pieczęćka, podpis kierującego

Odpowiedź ośrodka interwencyjnego: