

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji
35-111 Rzeszów, Krakowska 16

ODDZIAŁ KARDIOLOGICZNY

tel. **SEKRETARIAT: 17 86 43 273, GABINET LEKARSKI: 17 86 43 209, 17 86 43 364**

**SKIEROWANIE PACJENTA NA ZABIEG ABLACJI / BADANIE
ELEKTROFIZJOLOGICZNE**

Ośrodek zgłaszający
(pieczęć)

Lekarz zgłaszający
(pieczęć, podpis)

Data zgłoszenia

Tryb: ☐ PILNY ☐ PRZYSPIESZONY ☐ PLANOWY

Rozpoznanie: ☐ CZĘSTOSKURCZ NAWROTNY W WĘŻLE PRZEDSIONKOWO – KOMOROWYM

- ☐ ZESPÓŁ PREEKSCYTACJI
- ☐ CZĘSTOSKURCZ PRZEDSIONKOWY
- ☐ TRZEPOTANIE PRZEDSIONKÓW
- ☐ MIGOTANIE PRZEDSIONKÓW
- ☐ CZĘSTOSKURCZ KOMOROWYM
- ☐ ARYTmia KOMOROWA BEZ / Z ORGANICZNĄ CHOROBA SERCA
- ☐ OMDLENIA
- ☐ KOŁATANIA SERCA

DANE PACJENTA:

Nazwisko. Imię. Wiek. Płeć.

PESEL. Nr telefonu. Oddział NFZ

Adres.

Pacjent aktualnie przebywa: ☐ w domu

☐ w oddziale.

HISTORIA CHOROBY I BADANIA DODATKOWE:

EKG Z ZAPISEM ARYTMIII ☐ TAK ☐ NIE

HOLTER EKG: ☐ HR (MIN - / MAX - / ŚREDNI -)

☐ SVEB (..... TYS.) ☐ SVT (..... ILOŚĆ NA DOBĘ, CZAS TRWANIA)

☐ VEB (.....TYS.) ☐ BIGEMINIA ☐ TRIGEMINIA

☐ nsVT (..... ILOŚĆ NA DOBĘ, CZAS TRWANIA)

☐ VT (..... ILOŚĆ NA DOBĘ, CZAS TRWANIA)

☐ PAUZY (..... ILOŚĆ NA DOBĘ, CZAS TRWANIA)

☐ INNE

ECHOKARDIOGRAFIA: EF-, LVD-, RVD-, LA-, RA-, AO-

ZABURZENIA KURCZLIWOŚCI-

STRUKTURA ZASTAWEK-

KORONAROGRAFIA: ☐ TAK (data, opis zmian)

.....
☐ NIE

OBECNOŚĆ: ☐ PM ☐ ICD ☐ CRT

☐ Biotronik ☐ Medtronic ☐ St. Jude Medical ☐ Inny

AKTUALNE LECZENIE: ☐ B-BLOKER (jaki, dawka)
☐ PROPAFENON (dawka)
☐ AMIODARON (dawka)
☐ BLOKER KANAŁÓW WAPNIOWYCH (dawka)
☐ DOUSTNY ANTYKOAGULANT (dawka)
☐ HEPARYNA NIE- / FRAKCJONOWANA (dawka)
☐ INNE

POPZEDNI ZABIEG ABLACJI: ☐ TAK (kiedy) ☐ NIE

BADANIA LABORATORYJNE:

- ▶ GRUPA KRWI
- ▶ HBs ☐ dodatni ☐ ujemny (data)
- ▶ INR (data)
- ▶ TSH (data)

SZCZEPNIENIE WZW B: ☐ TAK ☐ NIE

CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE / PRZEBYTE:

- ☐ ZAWAŁ SERCA ☐ NADCIŚNIENIE TĘTNICZE ☐ CUKRZYCA
- ☐ NIEWYDOLNOŚĆ NEREK ☐ KRWAWIENIE WEWNĄTRZCZASZKOWE ☐ UCZULENIA
- ☐ UDAR NIEDOKRWIENNY / TIA ☐ NIEWYDOLNOŚĆ SERCA - KLASA NYHA
- ☐ WADA SERCA (jaka)
- ☐ INNE (jakie)

PACJENT ZOSTAŁ ZAKWALIFIKOWANY DO

☐ EPS ☐ ABLACJI RF ☐ KRIOABLACJI

☐ ABLACJI SYSTEMEM ELEKTROANATOMICZNYM

W TRYBIE

☐ PLANOWYM ☐ PILNYM

KONSULTUJĄCY:

.....
DATA:
.....