( pieczątka ośrodka kierującego )  **Data: .............................................**

#

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| KARTA ZGŁOSZENIA DO ZABIEGU IMPLANTACJI KARDIOSTYMULATORA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ICD-VVI | ICD-DDD | CRT-D | CRT-P |

 |

# **I. Dane pacjenta:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Imię i nazwisko |  | płeć |  | wiek |

|  |
| --- |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **PESEL** |  |  | Oddział NFZ wg zameldowania  |
|  |
| Adres zameldowania/ korespondencji do pacjenta: |  |
| Kod | Miejscowość | Ulica, numer domu i mieszkania |  |
|  |  |  |  |
| Telefon kontaktowy pacjenta |  |  |

**II: Wskazania do ICD / terapii resynchronizującej (CRT)**

[ ]  prewencja pierwotna NZK

[ ]  prewencja wtórna NZK (data udokumentowanego incydentu VF/VT: .........................................)

[ ]  LBBB (szerokość zespołu QRS: ..........................ms)

[ ]  inne bloki śródkomorowe (szerokość zespołu QRS: ..........................ms)

[ ]  choroba węzła zatokowego

[ ]  blok przedsionkowo-komorowy napadowy/utrwalony

[ ]  migotanie przedsionków z zaburzeniami przewodnictwa AV

[ ]  etiologia niedokrwienna (data ostatniej interwencji wieńcowej /PCI, CABG/: .........................................)

[ ]  kardiomiopatia rozstrzeniowa

[ ]  kardiomiopatia przerostowa (HCM-Risk Score: .........................%)

[ ]  inne:

..........................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................

**III: Istotne dane kliniczne:**

[ ]  dializoterapia / GFR < 40 ml/mi [ ]  przetoka dializacyjna na lewym przedramieniu

[ ]  uczulenie na środki kontrastowe w wywiadzie [ ]  alergie na leki: .................................................

[ ]  zespół otępienny [ ]  kacheksja

[ ]  stan po radioterapii klatki piersiowej [ ]  stan po mastektomii lewostronnej

[ ]  sztuczna zastawka w sercu: ......................................[ ]  nowotwór złośliwy aktywny: .................................

[ ]  stan zapalny zębów [ ]  aktywne zakażenie: .............................................

**IV.** **Badania diagnostyczne - konieczne oryginalne załączniki do skierowania:**

[ ] **EKG spoczynkowe** [ ]  **Holter EKG**

[ ]  **Wynik badania echokardiograficznego - do 3 miesięcy przed przyjęciem**

LVEF: ...............%

Wymiar lewej komory: .........../.............mm Wymiar lewego przedsionka: ..............mm

Wymiar prawej komory: .......................mm RVSP: ..................mmHg

[ ]  **Badania laboratoryjne - aktualne do 7 dni przed przyjęciem**

Grupa krwi - wynik laboratoryjny / karta RCKiK

Morfologia krwi, INR, aPTT, czas trombinowy, kreatynina, mocznik. GFR, jonogram, TSH

CRP

[ ] **Inne**: SPECT / PET perfuzja MRI / TK serca ......................................................................................................................................

.......................................................................................................................................

.......................................................................................................................................

.......................................................................................................................................

**V.Stosowane leki antyarytmiczne / zwalniające pracę serca**

Tak [ ]  Nie[ ]

Jeśli tak to rodzaj i dawka leku/-ów,dawkowanie:

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

**VI.Stosowane leki przeciwkrzepliwe**

Tak [ ]  Nie[ ]

Jeśli tak to rodzaj i dawka leku,dawkowanie

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

......: pieczątka / podpis lekarza kierującego

**Zakwalifikowany do zabiegu implantacji urządzenia:**

Tak [ ]  Rodzaj urządzenia: ......................................

Zalecenia przed zabiegiem (badania dodatkowe, odstawienie leków AA, odstawienie leków przeciwkrzepliwych)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nie[ ]

Zalecenia do dalszej diagnostyki i leczenia:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Data: pieczątka / podpis lekarza elektrokardiologa