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

# 

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

# **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 stałej stymulacji serca (bez wskazań do ICD/CRT):**

choroba węzła zatokowego - bradykardia zatokowa / blok zatokowo-przedsionkowy

choroba węzła zatokowego - zespół tachy-bradykardii

blok przedsionkowo-komorowy I stopnia (odstęp PQ ...................ms)

blok przedsionkowo-komorowy II stopnia Mobitz typu 1 (d. Wenckebacha)

blok przedsionkowo-komorowy II stopnia Mobitz typu 2

blok przedsionkowo-komorowy II stopnia 2:1

blok przedsionkowo-komorowy III stopnia

migotanie przedsionków z zaburzeniami przewodnictwa AV

napadowy  utrwalony  **OBJAWY**

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

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

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

**(\*) dokumentacja wskazań**

**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