

**Klinika Kardiologii
Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie**

KARTA KWALIFIKACYJNA DO OPERACJI KARDIOCHIRURGICZNEJ

NAZWISKO IMIĘ WIEK PŁEĆ M K

NR TELEF PESEL

ADRES: WOJEWÓDZTWO MIEJSCOWOŚĆ KOD POCZTOWY
GMINA ULICA NR DOMU NR LOKALU

ROZPOZNANIE (KOD + NAZWA)

.....

PRZEWIDYWANA PROCEDURA (KOD + NAZWA)

.....

GR KRWI: RH

DŁAWICA PIERSIOWA: STABILNA NIESTABILNA NSTEMI STEMI

CCS I II III IV NYHA I II III IV ARTYMIE OMDLENIA OBRZĘKI

PRZEBYTY ZAWAŁ TAK NIE DATA LOKALIZACJA

LEKI: ASPIRYNA KLOPIDOGREL ACENOKUMAROL (DO KIEDY) INOTROPOWE IABP

PRZEBYTE OPERACJE: SERCA NACZYNIOWE

WYNIKI BADAŃ: KLIRENS KREAT.: HGB: PLT: TROP:

WAGA: WZROST: SZCZEPINIENIA WZW: DATA OST: MRSA NOS:

RYTM ZATOKOWY FA ROZRUSZNIK ICD

EKG WYSIŁKOWE DODATNIE UJEMNE MET: LOKALIZACJA ZMIAN ST

ECHO DATA LV / EF HYPO/AKINEZA – LOKALIZACJA

Mv AoV Ao WSTĘP Tv

TEST DOBUTAMINOWY

KORONAROGRAFIA: DATA DOSTĘP

ZABIEGI PCI: (DATA, TĘTNICA, STENT)

INNE WAŻNE OBCIĄŻENIA NIESERCOWE:

CUKRYCA INSULINA OTYŁOŚĆ COPD (Jeżeli tak to FEV1

MIAŻDŻYCA TĘTNIC SZYJNYCH: Data USG: NIE TAK RICA%; LICA%

OBJAWY: ZAWROTY GŁOWY PODWÓJNE WIDZENIE TIA PRZEBYTY UDAR (KIEDY

MIAŻDŻYCA TĘTNIC KK. DOLNYCH NIE TAK

Wiek ponad 80 lat, +1 punkt co 5 lat	1	Kreatynina > μmoli/l	2	Zawał serca < 90 dni	2
płeć żeńska	1	Aktywne zapalenie wsierdza	3	Nadciśn płucne PAPsk > 60mmHg	2
Przewl. choroby płuc (lec. sterydami)	1	VT, FA, IABP, ONN, masaż serca, resp.	3	Zabieg w trybie natychmiastowym	2
Zmiany naczyniowe pozasercowe	2	NChW z ciągłym wlewem NTGtv	2	Zabieg inny niż CABG	2
Zaburzenia neurologiczne	2	LVEF 30 – 50 %	1	Zabieg na aorcie piersiowej	3
Zabiegi z otwarciem w. osierdziowego	3	LVEF > 30 %	3	Pozawalowy ubytek przegrody	4

RYZIKO **Małe** (0-2 pkt., śmiertelność: 0,8) **Średnie** (3-5 pkt., śmiertelność: 3,0) **Duże** (6 i więcej pkt., śmiertelność: 11,2)

WYNIK

CABG wada serca CABG + wada OHT PTCA grupa obserwacyjna leczenie zachowawcze Hybryda (MIDCAB + PCI)

Inne _____

Tryb kwalifikacji

Płyny Stabilny Nagły

Termin zabiegu

Miesiąc Dzień Rok

Zabieg odroczony miesiąc rok

Z powodu :

Miejsce kwalifikacji :

Poradnia Szpital jednostka zewnętrzna

Lekarz kwalifikujący _____