



WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY
MEDICAL UNIVERSITY OF WARSAW



I Katedra i Klinika Kardiologii

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Grzegorz Opolski

**KARTA ZGŁOSZENIA DO ZABIEGU WSZCZEPIENIA/WYMIANY
UKŁADU KARDIOWERTERA-DEFIBRYLATORA (ICD) lub UKŁADU
RESYNCHRONIZUJĄCEGO SERCE (CRT)**
**(Proszę wypełnić kartę danymi, które są w Państwa posiadaniu – niepełna
karta również będzie rozpatrywana)**

Imię i nazwisko pacjenta:	
Adres zamieszkania:	
PESEL:	
Telefon do pacjenta Domowy:	Komórkowy:
<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	<input type="checkbox"/> Wszczepienie <input type="checkbox"/> Wymiana
WSZCZEPIENIE	
Rodzaj prewencji: <input type="checkbox"/> Pierwotna <input type="checkbox"/> Wtórna	Wskazanie (zaznaczyć wszystkie prawidłowe): Przewlekła niewydolność serca <input type="checkbox"/> NYHA I <input type="checkbox"/> NYHA II <input type="checkbox"/> NYHA III <input type="checkbox"/> NYHA IV EF: Tachyarytmia komorowa: <input type="checkbox"/> Utrwalony VT <input type="checkbox"/> Skutecznie zresuscytowane NZK w mechanizmie VT/VF Inne - Jakie:
<input type="checkbox"/> Wskazana stymulacja serca Wskazanie (zaznaczyć wszystkie prawidłowe): <input type="checkbox"/> Blok AV I stopnia <input type="checkbox"/> Blok AV II stopnia (Mobitz I) <input type="checkbox"/> Blok AV II stopnia (Mobitz II) <input type="checkbox"/> Blok AV całkowity <input type="checkbox"/> Choroba węzła zatokowego <input type="checkbox"/> Migotanie przedsionków z wolną czynnością komór	Choroby towarzyszące: 1. Migotanie przedsionków: <input type="checkbox"/> Napadowe <input type="checkbox"/> Przetrwale/utrwalone 2. Czas trwania zespołu QRS: ms <input type="checkbox"/> LBBB <input type="checkbox"/> RBBB 3. Inne istotne stany chorobowe:

SP Centralny Szpital Kliniczny
ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa

tel. 0-22 59-92-958, faks: 0-22 59-91-957

e-mail: cardiology@wum.edu.pl



WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY
MEDICAL UNIVERSITY OF WARSAW



I Katedra i Klinika Kardiologii

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Grzegorz Opolski

		<input type="checkbox"/>	Nadczynność tarczycy	
		<input type="checkbox"/>	Niedoczynność tarczycy	
		<input type="checkbox"/>	POChP	
		<input type="checkbox"/>	Cukrzyca	
		<input type="checkbox"/>	Niewydolność nerek, stopień _____	
		<input type="checkbox"/>	Inne: _____	
Stymulatorozależność	NIE	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>
Wcześniejsze zabiegi:	NIE	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>
LECZENIE				
Leczenie przeciwzakrzepowe:			Inne leki wpływające na czynność serca:	
<input type="checkbox"/> NIE			<input type="checkbox"/> Betaadrenolityk	
<input type="checkbox"/> TAK			<input type="checkbox"/> Iwabradyna	
Wskazanie:			<input type="checkbox"/> Digoksyna	
.....			<input type="checkbox"/> Werapamil/diltiazem	
Lek:			<input type="checkbox"/> Amiodaron/dronedaron	
Szczepienie przeciw WZW typu B:	NIE	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>
Ośrodek kierujący Pacjenta:				
Kontakt do lekarza:				

SP Centralny Szpital Kliniczny
ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa

tel. 0-22 59-92-958, faks: 0-22 59-91-957

e-mail: cardiology@wum.edu.pl