



WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY  
MEDICAL UNIVERSITY OF WARSAW



I Katedra i Klinika Kardiologii

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

**KARTA ZGŁOSZENIA DO ZABIEGU ANGIOPLASTYKI WIĘNCOWEJ**  
**(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:
Choroba wieńcowa: <input type="checkbox"/> Stabilna <input type="checkbox"/> Niestabilna <input type="checkbox"/> NSTEMI	Nasilenie objawów: <input type="checkbox"/> CCS I <input type="checkbox"/> CCS II <input type="checkbox"/> CCS III <input type="checkbox"/> CCS IV
Niewydolność serca: <input type="checkbox"/> Przewlekła <input type="checkbox"/> Ostra <input type="checkbox"/> Brak	Nasilenie objawów: <input type="checkbox"/> NYHA I <input type="checkbox"/> NYHA II <input type="checkbox"/> NYHA III <input type="checkbox"/> NYHA IV
Wady zastawkowe: <input type="checkbox"/> Stenoza aortalna śrGr..... mm Hg <input type="checkbox"/> Stenoza mitralna <input type="checkbox"/> Niedomykalność aortalna <input type="checkbox"/> Niedomykalność mitralna	Nasilenie: <input type="checkbox"/> mała <input type="checkbox"/> umiarkowana <input type="checkbox"/> ciężka <input type="checkbox"/> mała <input type="checkbox"/> umiarkowana <input type="checkbox"/> ciężka <input type="checkbox"/> mała <input type="checkbox"/> umiarkowana <input type="checkbox"/> duża <input type="checkbox"/> mała <input type="checkbox"/> umiarkowana <input type="checkbox"/> duża
Próba wysiłkowa: Wysiłek: ..... METs	<input type="checkbox"/> Dodatnia <input type="checkbox"/> Ujemna <input type="checkbox"/> Niediagnostyczna
ECHO serca: Frakcja wyrzutowa LK: <input type="checkbox"/> >= 60% <input type="checkbox"/> 40-59% <input type="checkbox"/> 20-39% <input type="checkbox"/> <20%	Zaburzenia kurczliwości: <input type="checkbox"/> Przód <input type="checkbox"/> Dół <input type="checkbox"/> Bok <input type="checkbox"/> Przegroda <input type="checkbox"/> Koniuszek <input type="checkbox"/> Uogólnione

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

SPECT:	Obszar niedokrwienia: <input type="checkbox"/> Przód <input type="checkbox"/> Dół <input type="checkbox"/> Bok <input type="checkbox"/> Przegroda <input type="checkbox"/> Koniuszek
Przebyta rewaskularyzacja <input type="checkbox"/> Stan po angioplastyce tt. wieńcowych: rok: _____ lokalizacja: _____ rodzaj stentu: _____ <input type="checkbox"/> Stan po pomostowaniu aortalno-wieńcowym: rok: _____ tętnice: _____	
Choroby współistniejące Cukrzyca <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie AF <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Nikotynizm <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Stan po zawale <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Udar / TIA <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Niewydolność nerek <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie PAD <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Choroba wrzodowa <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Krwawienia (<1 roku) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie HIT <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie POChP <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Obecna Farmakoterapia: Kwas acetylocalicylowy <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Inhibitor receptora P2Y12 <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie L. przeciwkrzepliwe <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Inhibitor ACE <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Beta-adrenolityk <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Statyna <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Antagonista aldosteronu <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> kłopidogrel <input type="checkbox"/> prasugrel <input type="checkbox"/> tikagrelor <input type="checkbox"/> antagonistę wit. K <input type="checkbox"/> LMWH <input type="checkbox"/> NDA

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