



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 STYMULUJĄCEGO SERCE**
**(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"/> Wszczepienie
<input type="checkbox"/> Mężczyzna	<input type="checkbox"/> Wymiana
WSZCZEPIENIE	
Tryb kwalifikacji: <input type="checkbox"/> Pilna <input type="checkbox"/> Planowa	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
Nasilenie objawów: <input type="checkbox"/> Omdlenia Najdłuższa zarejestrowana pauza: sek Najwolniejszy rytm komór:/min	Choroby towarzyszące: 1. Przewlekła niewydolność serca <input type="checkbox"/> NYHA I <input type="checkbox"/> NYHA II <input type="checkbox"/> NYHA III <input type="checkbox"/> NYHA IV EF: 2. Migotanie przedsionków: <input type="checkbox"/> Napadowe <input type="checkbox"/> Przetrwale/utrwalone 3. Czas trwania zespołu QRS: ms <input type="checkbox"/> LBBB <input type="checkbox"/> RBBB

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"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK Wskazanie: Lek:	<input type="checkbox"/> Betaadrenolityk <input type="checkbox"/> Iwabradyna <input type="checkbox"/> Digoksyna <input type="checkbox"/> Werapamil/diltiazem <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