



**Katedra i Klinika Kardiologii**  
**Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego**  
SP Centralny Szpital Kliniczny, ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa  
tel. +48 (22) 599 19 51, fax +48 (22) 599 19 50  
e-mail: cardiology@wum.edu.pl, www: <http://www.wum.edu.pl/cardiology/>  
Kierownik Kliniki: **prof. dr hab. med. Grzegorz Opolski**



## KARTA ZGŁOSZENIA PACJENTA do PRZEZCEWNIKOWEJ IMPLANTACJI ZASTAWKI AORTALNEJ (TAVI)

Imię i Nazwisko.....wiek.....  
waga.....wzrost.....tel.....adres.....

### Objawy stenozy:

niewydolność serca TAK/NIE                      stenokardia TAK/NIE                      omdlenia TAK/NIE  
NYHA I            II            III            IV

### Dane kliniczne: (\* jeśli TAK krótki opis)

POChP                      TAK/NIE \*.....  
Cukrzyca                      TAK/NIE \*.....  
Niewydolność nerek                      TAK/NIE \*.....  
Zmiany naczyniowe pozasercowe                      TAK/NIE \*.....  
Stan po leczeniu operacyjnym serca                      TAK/NIE \*.....  
Stan po PCI                      TAK/NIE \*.....  
Stan po udarze mózgu/TIA                      TAK/NIE \*.....  
Inne istotne patologie .....

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

### Echokardiografia:

EF.....Gradient max.....Gradient średni.....V max.....  
LVDD.....LA.....IVS.....PWDT.....Ao.....RV.....  
Zaburzenia kurczliwości.....

### Koronarografia:

Pień LTW.....GPZ.....  
GO/GM.....PTW.....

Zgłaszający:.....Tel.....

Zgłoszenia do – Fax: 22 599 19 50; 22 599 19 57 lub Tel. 22 599 19 07; 692 433 568

lub e-mail: [zenon.huczek@wum.edu.pl](mailto:zenon.huczek@wum.edu.pl); [zhuczek@wp.pl](mailto:zhuczek@wp.pl)