



WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY  
MEDICAL UNIVERSITY OF WARSAW



I Katedra i Klinika Kardiologii

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

**KARTA ZGŁOSZENIA DO ZABIEGU PRZEŻYTLNEGO USUNIĘCIA ELEKTROD**  
**(Proszę wypełnić kartę danymi, które są w Państwa posiadaniu – niepełna karta również będzie rozpatrywana)**

Imię i nazwisko pacjenta:	
Adres zamieszkania:	
PESEL/data urodzenia:	
Telefon do pacjenta Domowy:	Komórkowy:
Płeć <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K	
Implantowane urządzenie	Stymulator <input type="checkbox"/> ICD <input type="checkbox"/> CRT <input type="checkbox"/>
Data implantacji:	
Liczba elektrod 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3 <input type="checkbox"/>	
Data implantacji elektrody/rodzaj: 1: 2: 3:	
Wcześniejsze zabiegi: TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> rodzaj:	
Wskazanie do usunięcia układu Infekcja <input type="checkbox"/> Dysfunkcja elektrody <input type="checkbox"/>	
Odzyskanie dostępu naczyniowego i rozbudowa układu <input type="checkbox"/>	
Stymulatorozależność TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Antybiotykoterapia TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Leczenie przeciwkrzepliwie TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Wskazanie:	
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:	
<input type="checkbox"/> Nadczynność tarczycy	
<input type="checkbox"/> Niedoczynność tarczycy	

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"/> POChP <input type="checkbox"/> Cukrzyca <input type="checkbox"/> Niewydolność nerek, stopień _____ Inne: _____
Szczepienie przeciw WZW typu B    TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Uwagi:
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](mailto:cardiology@wum.edu.pl)