

KARTA ZGŁOSZENIA DO PRACOWNI KARDIOLOGII INWAZYJNEJ

Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera

ul. Św. Józefa 53/59, 87-100 Toruń

tel./fax. 056 679 36 12



☐ koronarografia ☐ angioplastyka wieńcowa	Pieczęć ośrodka kierującego
Tryb skierowania: ☐ planowy ☐ przyspieszony ☐ pilny	Kod e-skierowania
DANE PACJENTA	
Imię i nazwisko:	
PESEL: _____	
Adres:	
Telefon kontaktowy:	
DANE KLINICZNE:	
Dławica piersiowa stabilna	TAK NIE Klasa CCS.....
Przebyty zawał serca	TAK NIE Data:.....
NSTEMI TAK NIE STEMI TAK NIE	Lokalizacja
Wada serca (istotna hemodynamicznie)	TAK NIE Jaka?
ECHO SERCA	LVEF
Przebyte PCI	TAK NIE tętnica.....data:.....
Przebyte CABG	TAK NIE pomosty:.....data:.....
Lek przeciwpłytkowy TAK/NIE	przeciwpłytkowy TAK/NIE jaki?
Niewydolność nerek	TAK NIE kreatynina.....eGFR.....
Cukrzyca	TAK NIE typ..... insulina.....tak/nie.....
INNE ISTOTNE DANE KLINICZNE	
.....	
.....	
Data zgłoszenia	Pieczętka i podpis lekarza kierującego
