

**Ankieta zgłoszenia pacjenta do diagnostyki inwazyjnej naczyń wieńcowych**  
 Podkarpackie Centrum Interwencji Sercowo-Naczyniowych, ul. 800-lecia 26, 38-500 Sanok,  
 fax. (13) 464 20 13, tel. (13) 464 22 12, www.gvmcarint.eu

Data zgłoszenia /...../...../...../

Ośrodek zgłaszający		Lekarz zgłaszający		Telefon kontaktowy z lekarzem	
Nazwisko		Imię	Wiek	Płeć M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	Oddział NFOZ
PESEL		Data przyjęcia do szpitala		Nr Telefonu Pacjenta ( )	
Kod Pocztowy	Miasto	Ulica		Nr domu	Nr mieszkania
Grupa Krwi ____ Rh ____	Hbs Ag Dodatni <input type="checkbox"/> Ujemny <input type="checkbox"/>	Szczepienie HBV	Anty HCV Dodatni <input type="checkbox"/> Ujemny <input type="checkbox"/>	USR Dodatni <input type="checkbox"/> Ujemny <input type="checkbox"/>	HIV Dodatni <input type="checkbox"/> Ujemny <input type="checkbox"/>
Klisze RTG obecne Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>					

Niewydolność nerek	nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/>	Przebyty udar mózgu	nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/>
Skazy krwotoczne	nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/>	Frakcja wyrzutowa LK	EF.....%
Uczulenia	nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/>	Choroby tarczycy	nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> eutyreoza <input type="checkbox"/>
Tętno na kończynach dolnych obecne: lewa t. udowa <input type="checkbox"/>		prawa t. udowa <input type="checkbox"/>	

**A. Dla pacjentów z ostrym incydem wieńcowym, bez uniesienia odcinka ST**

<p><b>Klasyfikacja TIMI Risk score.....pkt</b></p> <input type="checkbox"/> wiek ≥ 65 lat <input type="checkbox"/> zmiany odcinka ST w EKG >0.5 mm <input type="checkbox"/> co najmniej dwa epizody bólu w ciągu 24 godz <input type="checkbox"/> ≥ 3 czynniki ryzyka choroby wieńcowej (cukrzyca, nadciśnienie, hyperlipidemia, palenie, wyw. rodzinny) <input type="checkbox"/> podniesiona aktywność markerów martwicy mięśnia sercowego (Trop i/lub CK-MB) data.....wartość..... <input type="checkbox"/> przyjmowanie aspiryny w ciągu ostatnich 7dni <input type="checkbox"/> Potwierdzona choroba wieńcowa (przebyty zawał serca, zwężenie > 50% w koronarografii, przebyte zabiegi PCI, CABG)	<p><b>Klasyfikacja ryzyka wg PTK/NFZ.....pkt</b></p> <input type="checkbox"/> Pozytywny wynik troponiny <input type="checkbox"/> Ból dławicowy spoczynkowy < 24 godz <input type="checkbox"/> Dynamiczne zmiany ST w EKG <input type="checkbox"/> cukrzyca <input type="checkbox"/> Niestabilność hemodynamiczna <input type="checkbox"/> Komorowe zaburzenia rytmu
---	--

**B. Dla chorych ze stabilną chorobą wieńcową lub po stabilizacji farmakologicznej OZW**

	Klasa CCS	I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>
Próba wysiłkowa EKG	Klinicznie dodatnia <input type="checkbox"/>	EKG obniżki ST <input type="checkbox"/>
	ujemna <input type="checkbox"/>	uniesienia ST <input type="checkbox"/>
Czy test wysiłkowy wskazuje na zwężenie pnia LTW lub ciężkie niedokrwienie TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
Przebyty zawał mięśnia sercowego	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> Data /dd/mm/rr/ /...../...../..... ściana przednia <input type="checkbox"/> boczna <input type="checkbox"/> dolna <input type="checkbox"/>

<b>Proponowany tryb przyjęcia</b>	<b>Natychmiastowy do 48h</b> <input type="checkbox"/>	<b>Przyspieszony 48h – 7 dni</b> <input type="checkbox"/>	<b>Planowy powyżej 7 dni</b> <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	---	---	---

Uwagi: .....

.....

.....

.....

.....

.....  
Pieczałka, podpis

**Odpowiedź ośrodka interwencyjnego:**

Podpis osoby kwalifikującej