

# ZGŁOSZENIE DO ECHO PRZEZPRZEŁYKOWEGO

.....  
Pieczętka jednostki zgłaszającej

Mazowiecki Szpital Wojewódzki im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o.  
Oddział Kardiologiczny  
Pracownia Echokardiografii  
08-110 Siedlce, ul. Poniatowskiego 26  
Tel. 25 6403486; fax.25 6403236  
e-mail: kardiologia@szpital.siedlce.pl

Imię i nazwisko:				
PESEL:				
Adres:				
Telefon kontaktowy:				
Wywiad:				
EKG:				
ECHO serca wnioski:				
Wskazania do ECHO przezprzełykowego (właściwe zaznaczyć):				
1. Ocena uszka lewego przedsionka przed kardiowersją elektryczną migotania/trzepotania przedsionków	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
2. Ocena elektrod w jamach serca	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
3. Ocena przecieków przez przegrody serca	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
4. Podejrzenie przyczyny sercowej udaru niedokrwiennego mózgu	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
5. Ocena sztucznych zastawek serca	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
6. Ocena wad zastawkowych serca(jakie.....)				
7. Inne (np.podejrzenie guzów serca, infekcyjnego zapalenia wsierdzia, skrzeplin, ocena aorty).....				
Potwierdzam powyższe dane oraz że Pacjent wyraził zgodę na procedurę i otrzyma informację dla Pacjenta skierowanego do Pracowni Echokardiografii Oddziału Kardiologicznego				
Podpis i pieczętka lekarza kierującego:		Data:		
<b>Miejsce na adnotacje Pracowni Echokardiografii Oddziału Kardiologicznego:</b>				
Uwagi:.....		Wyznaczono wizytę w poradni: .....		
<b>Oryginał skierowania należy dostarczyć do dnia:</b>		Termin przyjęcia do Szpitala:.....		
Podpis i pieczętka lekarza akceptującego:		Data:		