

**ZGŁOSZENIE / KWALIFIKACJA
DO IMPLANTACJI UKŁADU STYMULUJĄCEGO SERCE**

.....
Pieczętka jednostki zgłaszającej

**Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach Sp. z o.o.
SIEDLECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY
Oddział Kardiologiczny
08 – 110 Siedlce, ul. Poniatowskiego 26
Tel. 25 6403486 ; fax. 25 6403236
e-mail: elektrofizjologia@szpital.siedlce.pl
I-000000025128 V-01 VII-008 VIII-4100**

ZGŁOSZENIE – część wypełniana przez lekarza kierującego	
Imię i nazwisko:	PESEL:
Adres:	
Telefon:	
Wskazania do implantacji / KOD ICD 10:	
Wskazania : <input type="checkbox"/> PILNE* <input type="checkbox"/> STABILNE *Uzasadnienie pilności: <input type="checkbox"/> warunek wykonania innego pilnego świadczenia <input type="checkbox"/> stan kliniczny	Pacjent hospitalizowany w Oddziale: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak
Wywiad:	
Objawy kliniczne:	
<input type="checkbox"/> Utraty przytomności <input type="checkbox"/> Zespoły poronne <input checked="" type="checkbox"/> Niewydolność serca <input type="checkbox"/> Inne	
Badania potwierdzające rozpoznanie (Holter, stymulacja EKG):	
Badanie echokardiograficzne (wskazane)– Wnioski:	
EKG spoczynkowe:	
Stosowane leczenie przeciwplatekcyjne / przeciwkrzepliwne	Data i godzina ostatniej dawki
<input type="checkbox"/> ASA	
<input type="checkbox"/> Clopidogrel	
<input type="checkbox"/> Tikagrelol	
<input type="checkbox"/> Prasugrel	
<input type="checkbox"/> Acenocumarol/Warfaryna	
<input type="checkbox"/> NOAC: Pradaxa/Xarelto	
<input type="checkbox"/> HDCz	
Wywiad napadów arytmii przedsionkowych <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak	
Potwierdzam powyższe dane oraz że Pacjent wyraził zgodę na procedurę i otrzyma informację dla pacjenta skierowanego do Ośrodka Elektrofizjologii i Stymulacji Serca.	
Podpis i pieczętka lekarza kierującego:	Data:

Miejsce na adnotacje Ośrodka Elektrofizjologii i Stymulacji Serca

TYP układu	PM DDD/VVI	ICD DDD/VVI	CRT-P/D	Rozbudowa

Uwagi:

prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej:

Wyznaczono wizytę w poradni:.....

Oryginał skierowania należy dostarczyć do dnia: Termin przyjęcia do Szpitala:.....

..... Termin zabiegu:

Zalecenia dla lekarza kierującego:

Proszę odstawić lek p/zakrzepowy..... dnia

Podpis i pieczętka lekarza akceptującego: Data:.....

Uzasadnienie zmiany terminu udzielenia świadczenia

Rezygnacja pacjenta z ustalonego terminu przyjęcia **

Przywrócenie do kolejki oczekujących **

Podpis i pieczętka lekarza akceptującego: Data:.....

**Formularz w załączeniu