

# ZGŁOSZENIE DO ECHO DOBUTAMINOWEGO

.....  
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:	
Próba wysiłkowa wnioski:	
Koronarografia wnioski:	
Wskazania do ECHO dobutaminowego (właściwe zaznaczyć):	
1. Podejrzenie choroby wieńcowej u osób nie mogących wykonać testu wysiłkowego na bieżni	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2. Nieprawidłowe spoczynkowe EKG (preekscytacja, LBBB, stymulacja komory, obniżenia odcinka ST>1mm w EKG)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3. Wątpliwie ujemny lub dodatni wynik próby wysiłkowej EKG	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4. Ocena istotności czynnościowej granicznych zmian w koronarografii	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
5. Ocena żywotności mięśnia lewej komory przed angioplastyką lub CABG	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
6. Ocena wskazań do leczenia operacyjnego wady serca (np.: niskogradientowa niskoprzepływowa stenozą aortalną z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory).....	
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: