

ZGŁOSZENIE

.....
Pieczętka jednostki zgłaszającej

Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach Sp. z o.o.
SIEDLECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY
Oddział Kardiologiczny
Ośrodek Kardiologii Inwazyjnej
08 – 110 Siedlce, ul. Poniatowskiego 26
Tel. 25 6403486 ; fax. 25 6403236
e-mail: kardiologia@szpital.siedlce.pl

Proszę o kwalifikację do: **KORONAROGRAFIA** **PCI**

Imię i nazwisko:	PESEL:
Adres:	
Telefon:	
Wywiad:	
EKG Próba wysiłkowa	Czy pacjent przyjmuje leki p/zakrzepowe?: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak jakie:
Wskazania do koronarografii: Przebyty zawał <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak Data: ściana: choroba wieńcowa stabilna: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak Klasa CCS: wada serca: kardiomiopatia: arytmia: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak jaka:	Badanie echokardiograficzne – Wnioski:
Inne obciążenia: Czy były reakcje uboczne na podanie kontrastu? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak Alergie w wywiadzie: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak Cukrzyca: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak Choroba wrzodowa: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak Niewydolność nerek: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak inne jakie:	
Potwierdzam powyższe dane oraz że Pacjent wyraził zgodę na procedurę i otrzyma informację dla pacjenta skierowanego do Ośrodka Kardiologii Inwazyjnej.	
Podpis i pieczętka lekarza kierującego:	Data:
Miejsce na adnotacje Ośrodka Kardiologii Inwazyjnej:	
Uwagi:	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:.....