

**ZGŁOSZENIE / KWALIFIKACJA
NA BADANIE ELEKTROFIZJOLOGICZNE LUB ABLACJĘ**

.....
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

Proszę o kwalifikację na: **BADANIE ELEKTROFIZJOLOGICZNE** **ABLACJĘ**

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres:

Telefon:

Rozpoznanie zasadnicze:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Częstoskurcz komorowy | <input type="checkbox"/> Częstoskurcz przedsionkowo – komorowy | <input type="checkbox"/> Trzepotanie przedsionków - typowe |
| <input type="checkbox"/> Migotanie komór | <input type="checkbox"/> Badanie elektrofizjologiczne | <input type="checkbox"/> Zespół WPW |
| <input type="checkbox"/> Częstoskurcz węzłowy | <input type="checkbox"/> Częstoskurcz przedsionkowy | <input type="checkbox"/> Migotanie przedsionków |

Objawy kliniczne:

- Utraty przytomności Zespoły poronne Bezobjawowy Kołatanie serca

Wskazania : **PILNE** **STABILNE**

EKG spoczynkowe:

Choroby towarzyszące:

Badanie echokardiograficzne (wskazane)– Wnioski:

Zaburzenia kurczliwości: nie tak **EF:**

Inne dysfunkcje zastawek: nie tak

Inne informacje:

zapis 12 odprowadzeniowy EKG arytmii w załączeniu: nie tak

-Holter (zalecany 12-odpr.) w załączeniu: nie tak

Stosowane leczenie przeciwpłytkowe / przeciwkrzepliwe

Data i godzina ostatniej dawki

ASA

Clopidogrel/tikagrelol/prasugrel

Acenocumarol/Warfaryna

NOAC: Pradaxa/Xarelto

Stosowane leki antyarytmiczne:

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

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