



.....  
data wystawienia skierowania

## Karta kwalifikacyjna do operacji kardiochirurgicznej

### Skierowanie do Kliniki Kardiologii Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego Nr 2 ul. Lwowska 60, 35-301 Rzeszów

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA: .....		DATA URODZENIA: .....	
PESEL .....			
ADRES: KOD .....	MIASTO .....	ULICA .....	NR .....
TELEFON 1 .....	TELEFON 2 .....	GR KRWI .....	
WSKAZANIA DO OPERACJI:		DODATKOWE ROZPOZNIANIA:	
1.....ICD-10.....		1.....	
2.....ICD-10.....		2.....	
3.....ICD-10.....		3.....	

CHARAKTER  
DŁAWICY    stabilna     niestabilna     świeży zawał     STEMI     NSTEMI     Tropanina ..... data badania.....

CCS    1     2     3     4     ZAWAŁ < 7 dni    > 7 dni    WLEW INH. GP IIb/IIIa    Tak     od kiedy?    Nie

DATA KORONAROGRAFII .....    IABP    Tak     Nie

ZMIANY W TT WIEŃCOWYCH .....

RODZAJ WADY .....    NYHA    I     II     III     IV

ZABURZENIA RYTMU .....    Obrzęki obwodowe    Tak     Nie     Obrzęk płuc    Tak     Nie

BADANIE ECHOKARDIOGRAFICZNE						data wykonania:
LVEDD (mm)	EDV (mL)	LVOT (mm)	AV Pg max/mean (mmHg)	MV Pg max/mean (mmHg)	MR ERO (mm <sup>2</sup> )	RVSP (mmHg)
LVESD (mm)	ESV (mL)	Aorta opuszka (mm)	AVA (mm <sup>2</sup> )	MR PISA (mm)	MR Vol (mL)	TR PISA (mm)
LA (mm)	EF (%)	Aorta wst. (mm)	AR VC (mm)	MR VC (mm)	MR Wg Carpentiera	TR VC (mm)
DODATKOWE INFO:						

CUKRZYCA	nie <input type="checkbox"/>	typ I <input type="checkbox"/>	typ II <input type="checkbox"/>	eGFR	.....
MIAŻDŻYCA OBWODOWA	nie <input type="checkbox"/>	tt. szyjne <input type="checkbox"/>	kk. dolne <input type="checkbox"/>	BMI	.....
SCHORZENIA PŁUCNE	nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/>	data spirometrii .....	ŻYLAKI KK. DOLNYCH	nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/>
PROBLEMY Z SAMODZIELNYM PORUSZANIEM SIĘ	nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/>		INCYDENTY NEUROLOGICZNE	nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/>
WYMAZY Z GARDŁA I NOSA (jeżeli procedura inna niż CABG)	NA <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/>		ASPIRYNA	nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> data odstawienia .....
DOPLER TT. SZYJNYCH (jeżeli wiek > 70lat)	NA <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/>	data badania .....	INHIBITORY PŁYTKOWE	nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> data odstawienia .....
SANACJA J. USTNEJ (jeżeli procedura inna niż CABG)	NA <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/>		NOAC	nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> data odstawienia .....
ANGIO CT AORTY	NA <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/>	proszę przesłać zapisane badanie na CD/DVD	ANTY VIT. K	nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> data odstawienia .....

LEKARZ KIERUJĄCY.....

\* skierowanie należy dostarczyć w formie oryginalnej

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA .....

PESEL .....

**Wypełnia Kardiolog**

Czynniki ryzyka	Uwagi		punktacja
Wiek	Co 5 lat po 60 roku życia	1	
Płeć	Żeńska	1	
Przewlekłe choroby	Przewlekłe stosowanie bronchodylatorów lub sterydów	1	
Miażdżycza naczyń obwodowych	Jeden lub więcej z poniższych: chromanie przestankowe, zwężenie tętnicy szyjnej>50%, wcześniejsze lub planowane operacje aorty, tętnic kończyn lub tętnic szyjnych	2	
Przebyty epizod neurologiczny	Wpływający na poruszanie się i codzienne czynności	2	
Reoperacja		3	
Kreatynina w surowicy	>200µmol/l	2	
Aktywne zapalenie wsierdzia	Pacjent w trakcie antybiotykoterapii	3	
Krytyczny stan przedoperacyjny	Częstoskurcz komorowy, migotanie komór, masaż serca, mechaniczna wentylacja płuc przed zabiegiem operacyjnym, wspomaganie inotropowe lub kontrapulsacja wewnątrzaoortalna przed zabiegiem operacyjnym, ostra niewydolność nerek (anuria lub oliguria<10ml/h)	3	
Niestabilna dusznica bolesna	Dożylny wlew nitratów do operacji	2	
Dysfunkcja lewej komory serca	EF 30-50%	1	
Dysfunkcja lewej komory serca	EF < 30	3	
Niedawny zawał mięśnia sercowego	< 90 dni	2	
Nadciśnienie płucne	Ciśnienie płucne skurczowe > 60mmHg	2	
Operacja w trybie pilnym	W dniu przyjęcia do szpitala	2	
Operacja inna niż CABG	Niezależnie lub jako dodatkowa procedura do CABG	2	
Chirurgia aorty	Wstępującej, łuku lub zstępującej	3	
Pozawałowe pęknięcie przegrody międzykomorowej		4	
Razem			

**Wypełnia Kardiochirurg**

<b>SKALA RYZYKA EUROSCORE</b>	<b>0-2</b> <input type="checkbox"/>	<b>3-5</b> <input type="checkbox"/>	<b>&gt;6</b> <input type="checkbox"/>
<b>RYZYKO OPERACYJNE</b>	<b>0,8%</b>	<b>3%</b>	<b>11,2%</b>

<b>PACJENTA ZAKWALIFIKOWANO DO:</b>			
<b>UWAGI:</b>			
<b>TRYB PRZYJĘCIA</b>		<b>PILNY</b> <input type="checkbox"/>	<b>PRZYSPIESZONY</b> <input type="checkbox"/>
		<b>PLANOWY</b> <input type="checkbox"/>	
<b>KONSULTUJĄCY</b>		<b>TERMIN PRZYJĘCIA</b>	
<b>RZESZÓW DNIA</b>		<b>PODPIS</b>	