# ZGŁOSZENIE

# ..................................................

Pieczątka 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?**:  nie tak jakie: |
| **Wskazania do koronarografii**:  Przebyty zawał  nie  tak Data:  ściana:  choroba wieńcowa stabilna: nie  tak Klasa CCS:  wada serca:  kardiomiopatia:  arytmia:  nie  tak jaka: | **Badanie echokardiograficzne** **– Wnioski:** |
| **Inne obciążenia:**  Czy były reakcje uboczne na podanie kontrastu?:  nie  tak  Alergie w wywiadzie: nie  tak  Cukrzyca:  nie tak  Choroba wrzodowa:  nie  tak  Niewydolność nerek:  nie  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 pieczątka 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 pieczątka lekarza akceptującego: Data:…………………………………. | |