# 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:**  |
| EKGPróba 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 [ ]  takAlergie w wywiadzie: [ ] nie [ ]  takCukrzyca: [ ]  nie [ ] takChoroba wrzodowa: [ ]  nie [ ]  takNiewydolność nerek: [ ]  nie [ ]  takinne 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:…………………………………. |