

SKIEROWANIE NA ZABIEG WSZCZEPIENIA STYMULATORA SERCA W ODDZIALE KARDIOLOGII ZOZ MSW W BIAŁYMSTOKU

Imię i nazwisko..... PESEL.....

Adres telefon pacjenta.....

Rozpoznanie

.....

1. Przyczyna implantacji stymulatora:

- Zespół chorego węzła zatokowego TAK NIE
 - bradykardia/min. zatokowa węzłowa
 - niewydolność chronotropowa
 - zahamowania zatokowe ms
 - blok zatokowo - przedsionkowy
- Blok A-V II stopnia TAK NIE
 - typu 1 (Wenckebacha)
 - typu 2 (Mobitza)
- Blok A-V III stopnia TAK NIE
 - z rytmem zastępczym/min., zespoły QRS:
 - >120ms < 120ms
- Migotanie przedsionków z bradykardią/min. TAK NIE
- Zespół nadwrażliwej zatoki szyjnej TAK NIE
- Zespół wazowagalny TAK NIE

2. Objawy kliniczne:

- Utraty przytomności
- poronne zespoły MAS
- zawroty głowy/osłabienie związane z bradykardią
- bezobjawowy
- inne

Czasowa stymulacja serca TAK NIE – data implantacji elektrody.....

Echo serca data

LK mm PK.....mm PP.....mm RVSP..... mmHg EF %

Zaburzenia kurczliwości: uogólnione
 odcinkowe

Wady zastawkowe

Inne nieprawidłowości

Holter ekg (data)

.....

.....

Choroba wieńcowa TAK NIE

Przebyty zawał serca TAK NIE

Niewydolność krążenia TAK NIE - klasa wg NYHA:

Leki:

- B-bloker Dawka
- Digoksyna

Leki przeciwplatekcyjne i przeciwkrzepliwe – data odstawienia

- ASA... ..
- klopidogrel/tiklopidyna
- heparyna drobnocząsteczkowa
- heparyna niefrakcjonowana
- acenokumarol/warfaryna

Szczepienie przeciw WZW typu B (min. 2 dawki szczepionki) TAK NIE daty.....

Lekarz kierujący

Ośrodek

tel. kontaktowy lekarza kierującego

.....

Data.....