

**SKIEROWANIE NA ZABIEG WSZCZEPIENIA KARDIOWERTERA –
DEFIBRYLATORA SERCA
W ODDZIALE KARDIOLOGII ZOZ MSW W BIAŁYMSTOKU**

Imię nazwisko..... PESEL

adres..... .telefon pacjenta.....

Rozpoznanie

.....

.....

Profilaktyka wtórna TAK NIE

Rodzaj arytmii komorowej:

- VF
- utrwalony częstoskurcz komorowy, o częstości/min.
- Torsade de Pointes

data wystąpienia arytmii.....

Profilaktyka pierwotna TAK NIE

Przebyty MI > 40 dni: TAK NIE

klasa CCS.....

klasa NYHA.....

frakcja wyrzutowa%

Koronarografia: TAK NIE szczegóły.....

..... data.. ..

Po leczeniu zabiegowym CABG PTCA NIE szczegóły.....

..... data ostatniej interwencji wieńcowej

Zdyskwalifikowany z leczenia zabiegowego choroby wieńcowej TAK NIE

Obecnie nie wymaga leczenia zabiegowego choroby wieńcowej TAK NIE

Kardiomiopatia rozstrzeniowa TAK NIE

klasa NYHA.....

frakcja wyrzutowa%

Kardiomiopatia przerostowa TAK NIE

prewencja pierwotna – 1 czynnik ryzyka

- Wywiad rodzinny SCD
- Omdlenia
- wymiar końcoworozkurczowy PMK >3 cm
- nieutrwalony częstoskurcz komorowy
- Hypotensja podczas testu wysiłkowego

Zespół długiego/krótkiego QT TAK NIE

Zespół Brugadów TAK NIE

- wywiad rodzinny nagłej śmierci sercowej

Arytmogenna dysplazja prawej komory TAK NIE

Wielokształtny częstoskurcz komorowy zależny od katecholamin TAK NIE

VF podczas leczenia B-blokerem TAK NIE

Niewydolność krążenia: TAK NIE NYHA

Wskazania do stałej stymulacji serca: TAK NIE

SSS blok p-k I, II, III° inne

Migotanie/trzepotanie przedsionków: TAK NIE

utrwalone z częstością QRS/min.

napadowe

ECHO data

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

zaburzenia kurczliwości uogólnione / odcinkowe

wady zastawkowe.....

Inne nieprawidłowości

EKG spoczynkowe (data.....) :.....

..... szerokość zespołów QRS... .. ms

Przebyte operacje kardiochirurgiczne: TAK NIE: data... ..

CABG

Zastawki (które? biologiczne/sztuczne?).....

inne.....

Leki:

B-bloker Dawka

ACEI dawka

Furosemid, dawka

Digoksyna TAK/NIE

Spironolakton/eplerenon

Leki przeciwplatekcyjne i przeciwkrzepliwie – data odstawienia

ASA... ..

klopidogrel/tiklopidyna

heparyna drobnocząsteczkowa

heparyna niefrakcjonowana

acenokumarol/warfaryna INR >2 w ciągu ostatniego miesiąca TAK NIE

nie przyjmował/a

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

Lekarz kierujący

Ośrodek

tel. kontaktowy lekarza kierującego

.....

Data.....