



**6. Wada zastawkowa** TAK NIE:

- zdyskwalifikowana z leczenia zabiegowego
- po leczeniu zabiegowym ... ..data. ... ..

**7. Przeszczep serca**

- zdyskwalifikowany TAK NIE
- zakwalifikowany i oczekuje TAK NIE
- nie był dotychczas kwalifikowany TAK NIE

**8. Profilaktyka nagłej śmierci sercowej**

- pierwotna
- wtórna – przebyte: VF VT

**Leki:**

- B-bloker ..... Dawka .....
- ACEI ..... dawka .....
- Furosemid, dawka .....
- Digoksyna TAK/NIE
- Spironolakton/eplerenon

**Leki przeciwplatekcyjne i przeciwkrzepliwne – data odstawienia**

- ASA... ..
- klopidoogrel/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.....