



Klinika Kardiologii Zabiegowej im. Św. Józefa

ul. Anny Jagiellonki 17, 35-623 Rzeszów

tel. 17 858 19 00, fax. 17 858 19 07 wew. 24

www.luxmed.rzeszow.pl

email: marian.futyma@wp.pl

ZGÚOSZENIE PACJENTA DO ZABIEGU ZAMKNI CIA PFO LUB ASD

PACJENT Z:

- ubytkiem przegrody mi dzyprzedsionkowej (ASD) . wypeñni punkt sA+
 przetrwaým otworem owalnym (PFO) . wypeñni punkt sB+

DANE PACJENTA:

Nazwisko Imi Wiek Płe
PESEL Nr telefonu OddziaýmNFZ
Adres
Pacjent aktualnie przebywa: w domu
 w oddziale (tel.)

HISTORIA CHOROBY I BADANIA DODATKOWE:

Grupa krwi kreatynina INR (data) EF [%]
HBs: dodatni ujemny (data) Szczepienia przeciw WZW B: tak nie

Choroby przebyte/ współistniej ce:

- krwawienie wewn trzczaszkowe udar niedokrwienny TIA migrena
 migotanie przedsionków zw enia t nnic szyjnych ChZZ
 zawaýserca cukrzyca niewydolno nerek wada serca (jaka)
 uczulenia (jakie) inne (jakie)

Przebyte zabiegi z zakresu kardiologii inwazyjnej, radiologii zabiegowej lub chirurgii sercowo-naczyniowej :

- koronarografia PCI zabieg kardiochirurgiczny inne (jakie)

Czy obecne:

- p/wskazania do przyjmowania klopidogrelu przez 6 m-cy
 p/wskazania do przyjmowania ASA
 p/wskazania do echokardiografii przezprzeýkowej
 wskazania do wykonania badania MRI w ci gu najbli szych 3-6 m-cy

A. PACJENT Z PFO	B. PACJENT Z ASD
<input type="checkbox"/> Przebyty udar niedokrwienny mózgu data, data	<input type="checkbox"/> Typ ASD
<input type="checkbox"/> Przebyty epizod TIA data, data	<input type="checkbox"/> RVSP lub SPAP (podkre li) [mmHg].

- Czy pacjent wyra a zgod na: ródzabiegowe badanie przezprzeýkowe
 przezskórne zamkni cie PFO/ASD

PROSZ ZAÚ CZY OPIS WYKONANYCH BADA ECHO

O rodek zgýaszaj cy
(piecz tka)

Lekarz zgýaszaj cy
(piecz tka, podpis)

Data