

Karta zgłoszenia do zabiegu ABLACJI PODŁOŻA ZABURZEŃ RYTMU

data: - -

DANE PACJENTA

imię i nazwisko: _____

adres: _____

nr PESEL: _____ nr tel.: _____

ROZPOZNANIE

dominująca forma zaburzeń rytmu: _____

inne zaburzenia rytmu: _____

kiedy rozpoznano zaburzenia rytmu: _____ ilość napadów / miesiąc: _____

Tolerancja arytmii: bezobjawowo objawowo duszność ból w klatce piersiowej

zawroty głowy zasłabnięcia utrata przytomności

Ustąpienie arytmii: spontanicznie (czas od początku epizodu:)

plyny z elektrolitami

kardiowersja elektryczna kardiowersja farmakologiczna (ilość

Profilaktyka antyarytmiczna:

ilość leków AA: _____ jakie: _____

Aktualnie przyjmowane leki: _____

DANE Z WYWIADU

Choroba niedokrwienna serca klasa CCS _____ PTCA CABG

Przebyty zawał serca lokalizacja: _____ data: _____

Niewydolność serca: NYHA _____ przebyte operacje serca (kiedy i jakie?): _____

Nadciśnienie tętnicze cukrzyca nikotynizm BMI _____ Nadczynność / Niedoczynność tarczycy

Eutyreoza tak / nie

Echo serca: LV _____ LA _____ IVS _____ EF _____ niedomykalność mitralna (stopień)

sztuczna zastawka - jaka: _____

Leczenie przeciwrzepliwie: _____ Szczepienie WZW B przebyte WZW B / C

Stymulator jaki _____ ICD jaki _____

Załączone badania: EKG 12 odpr. Holter EKG

Osoba kierująca na zabieg potwierdza prawidłowość wyżej zamieszczonych danych oraz nie stwierdza przeciwwskazań do zabiegu/badania.

pieczętka i podpis lekarza kierującego: