dn. ……….……………………………

pieczęć kierującego

**4Cardia Szpital Kardiologii Inwazyjnej**

**z Oddziałem Chirurgii Naczyniowej**

**Al. Niepodległości 25**

**23-200 Kraśnik**

**Tel.81 4587788**

**mail:info@4cardia.pl**

**SKIEROWANIE**

**na koronarografię / badanie hemodynamiczne/angioplastykę wieńcową**

Imię i nazwisko ……..………….…………...…………………………………….………………………………………………………………

Data urodzenia …………………………….. PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Ubezpieczenie:\* 1) NFZ - Nr Oddz. 2)

inneubezpieczenie

3) nieubezpieczony

Adres ……...…….……………………………………………………………………………………………………………………. Telefon...…..……………………………………..

**Wskazania:**

Ostry zespół wieńcowy (STEMI, NSTEMI, UA)..................................................................................

Przewlekły zespół wieńcowy...........................CCS.................

Wada zastawkowa...................................................................

Zaburzenia rytmu serca...........................................................

Stan po NZK............................................................................ Rozpoznanie ICD-10………

Poprzednia koronarografia…………………………………...PTCA…………………………...CABG..…………………………..

**Wywiad:**

# WYKONANE BADANIA CZYNNOŚCIOWE: Próba wysiłkowa ......................................................................................................................................................................

 Scyntygrafia serca...........................................................................................................................

 Echkardiografia obciążeniowa.........................................................................................................

 Rezonans magnetyczny...................................................................................................................

**BADANIA OBRAZOWE: CT-KORONAROGRAFIA...........................................................................................................................................................**

# Czynniki ryzyka

Nadciśnienie tętnicze……………………..

nadwaga…………...kg palenie tytoniu………………

wywiad rodzinny

TG…………………..

Cukrzyca typu……………………………

Szczepienie pw. WZW wykonane/planowane I dn……………………………….. II dn………………………………..

**Kategoria medyczna określona przez lekarza kierującego** ………………………………………………………

**podpis i pieczątka lekarza kierującego**

przypadek pilny

przypadek stabilny

tryb nagły

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wpisanie w/w danych na listę oczekujących oraz uzyskałem(am) informację, że data udzielenia świadczenia zostanie mi

przekazana w terminie późniejszym.

podpis pacjenta

Data przyjęcia skierowania ……............................................................

**Data planowanego badania / zabiegu**

………………………………………………………….

podpis i pieczątka lekarza kwalifikującego