# ZGŁOSZENIE / KWALIFIKACJA

# DO IMPLANTACJI UKŁADU STYMULUJĄCEGO SERCE

# ..................................................

Pieczątka jednostki zgłaszającej  **Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach Sp. z o.o.**

**SIEDLECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY**

**Oddział Kardiologiczny**

**08 – 110 Siedlce, ul. Poniatowskiego 26**

**Tel. 25 6403486 ; fax. 25 6403236**

**e-mail:** **elektrofizjologia@szpital.siedlce.pl**

I-000000025128 V-01 VII-008 VIII-4100

|  |
| --- |
|  **ZGŁOSZENIE –** część wypełniana przez lekarza kierującego |
| **Imię i nazwisko**:  | **PESEL**: |
| **Adres**:**Telefon**: |
| **Wskazania do implantacji / KOD ICD 10:** |
| **Wskazania :** [ ]  **PILNE⃰**  [ ]  **STABILNE****⃰**Uzasadnienie pilności:[ ]  warunek wykonania innego pilnego świadczenia[ ]  stan kliniczny | **Pacjent hospitalizowany w Oddziale:**  [ ] nie [ ]  tak |
| **Wywiad:** |
| **Objawy kliniczne:**[ ] Utraty przytomności [ ] Zespoły poronne [x] Niewydolność serca [ ] Inne  |
| **Badania potwierdzające rozpoznanie (Holter, stymulacja EKG):** |
| **Badanie echokardiograficzne** **(wskazane)– Wnioski:** |
| **EKG spoczynkowe:** |
| **Stosowane leczenie przeciwpłytkowe / przeciwkrzepliwe**[ ]  ASA | **Data i godzina ostatniej dawki** |
| [ ]  Clopidogrel |  |
| [ ]  Tikagrelol |  |
| [ ]  Prasugrel |  |
| [ ]  Acenocumarol/Warfaryna |  |
| [ ]  NOAC: Pradaxa/Xarelto |  |
| [ ]  HDCz |  |
| Wywiad napadowych arytmii przedsionkowych [ ] nie [ ]  tak  |
| Potwierdzam powyższe dane oraz że Pacjent wyraził zgodę na procedurę i otrzyma informację dla pacjenta skierowanego do Ośrodka Elektrofizjologii i Stymulacji Serca. Podpis i pieczątka lekarza kierującego: Data: |
|  **KWALIFIKACJA –** część wypełniana przez lekarza Ośrodka Elektrofizjologii i Stymulacji Serca |
| **Miejsce na adnotacje Ośrodka Elektrofizjologii i Stymulacji Serca** |
| TYP układu | PM DDD/VVI | ICD DDD/VVI | CRT-P/D | Rozbudowa |
|  |  |  |  |  |
| **Uwagi:** [ ]  prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej: |
|  Wyznaczono wizytę w poradni:…………………………………………………..**Oryginał skierowania należy dostarczyć do dnia**: Termin przyjęcia do Szpitala:…………………………………………………………………………………………………………………………………… Termin zabiegu: ………………………………………………………………………… |
| **Zalecenia dla lekarza kierującego:**Proszę odstawić lek p/zakrzepowy………………………………………………………………………………………… dnia …………………….......................Podpis i pieczątka lekarza akceptującego: Data:…………………………………. |
| [ ] Uzasadnienie zmiany terminu udzielenia świadczenia[ ] Rezygnacja pacjenta z ustalonego terminu przyjęcia \*\*[ ]  Przywrócenie do kolejki oczekujących \*\*Podpis i pieczątka lekarza akceptującego: Data:…………………………………. |

\*\*Formularz w załączeniu