# 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**](mailto: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 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