ośrodek zgłaszający

**Pracownia Hemodynamiki Oddziału Kardiologii WSzS im. Ojca Pio w Przemyślu**

**Przemyśl ul Monte Cassino**

**ZGŁOSZENIE PACJENTA DO KORONAROGRAFII**

**Pacjent z:**

* Ostrym zespołem wieńcowym
* Stabilną chorobą wieńcową
* Wadą zastawkową do leczenia zabiegowego
* Do planowej angioplastyki/FFR/IVUS

**Dane pacjenta:**

Nazwisko………………………………… Imię………………………………… Wiek…………….. Płeć…………..

PESEL……………………………………… **Nr telefonu** ………………………………………………….

Adres…………………………………………………………………………………………………………….

**Choroby przebyte/współistniejące:**

* Zawał serca – kiedy…………………………….
* Cukrzyca
* Niewydolność serca NYHA………………...
* Niewydolność nerek
* Uczulenie na kontrast
* Terapia przeciwkrzepliwa – jaka ……..
* Udar niedokrwienny/krwawienie wewnątrzczaszkowe
* palenie tytoniu
* podwyższony LDL

**Przebyte zabiegi z zakresu kardiologii inwazyjnej lub chirurgii sercowo-naczyniowej:**

* Koronarografia……………………….
* PCI – jaka ………………………………
* CABG jakie…………………………………………
* Stenty lub by-passy w kk dolnych
* Inne………………………………………….

TRYB PRZYJĘCIA: **PILNY TEL. 695 10 855**

**PLANOWY FAX (16) 670 36 55**

**------------------- -------------------------------------- -----------------------------**

OŚRODEK ZGŁASZAJĄCY LEKARZ ZGŁASZAJĄCY DATA