



Kod skierowania

Data

KWALIFIKACJA DO OPERACJI KARDIOCHIRURGICZNEJ/HeartTeam

Imię Nazwisko PESEL

Adres z kodem pocztowym.....

Telefon kontaktowy.....

Główne rozpoznanie

Stany współistniejące (zaznacz):

Miażdżyca obwodowa Żylaki Cukrzyca POChP AF Udar PChN Dializy Otyłość

Kruchość tkanek Trudności w poruszaniu NOAC AntyK AntyPLT

EuroSCORE II NYHA CCS Wzrost Waga

Koronarografia (data/zmiany):

TKserca/angioTK (data/zmiany):

EF		AS/AR		MS/MR		TR	
LV dd/sd		VC		VC		VC	
Ao pierścień		PISA		PISA		PISA	
Ao opuszka		PG max/mean		ERO		pierścień	
Ao wstępująca		AVA		MR vol		RVSP	
LA		V max		PG max/mean		MVA	

Ośrodek kierujący	
Lekarz kierujący	
UWAGI	
Decyzja	
Tryb	
Data kwalifikacji	
Lekarz kwalifikujący	