

# Formularz kwalifikacyjny do operacji kardiochirurgicznej

---

\*wymagane załączenie wyniku ryzyka operacyjnego Euroscore II

## I. Dane personalne:

1. Imię i Nazwisko:.....
2. Data Urodzenia:.....
3. Płeć: M / K
4. Wzrost i waga:...../.....
5. Grupa krwi: .....Rh.....
6. Dane kontaktowe:.....  
.....

## II. Dane Kliniczne:

1. Rozpoznanie:.....
2. Choroby współistniejące:.....  
.....  
.....
3. Poprzednie operacje serca: Tak / Nie  
Data:.....
4. Cukrzyca: Tak / Nie      Insulina: Tak / Nie      Hb1Ac:.....
  - a. Niewydolność nerek: Tak / Nie      wartość GFR:.....
5. Choroba t. obwodowych: Tak / Nie      Tt. Szyjnych / Obwodowych
6. Udar mózgu w wywiadzie: Tak / Nie      Badanie KT głowy: Tak / Nie

7. Choroba płuc: Tak / Nie     Astma / POCHP                     Spirometria wykonana: Tak / Nie
8. Choroba tarczycy: Tak / Nie                                     Poziom TSH: .....
9. Żylaki kk. dolnych: Tak / Nie                                     Leczone operacyjnie: Tak / Nie
10. Choroby układu pokarmowego: Tak / Nie                     Gastroskopia / Kolonoskopia
11. Wyleczone zęby: Tak / Nie

### III. Badania diagnostyczne:

#### 1. Echokardiografia:

##### 1. Parametry:

LVDD: .....mm, LVSD:.....mm, LAD:.....mm,

RVD:.....mm, IVS:.....mm,

LVEF:.....%,

Ao asc:.....mm,

Aorta wstępująca poszerzona: Tak / Nie, wymiar.....

##### 2. Zastawki:

Zastawka aortalna: AVA.....mm<sup>2</sup>, mean Grad:.....mmHg,

max Grad:.....mmHg, Fala zwrotna:.....,

Istotna hemodynamicznie wg badającego:.....

Zastawka mitralna: mean Grad:.....mmHg, MVA:.....cm<sup>2</sup>

Fala zwrotna:....., Istotna hemodynamicznie wg badającego:.....

VC:.....mm, PISA:.....mm, ERO:.....cm

Qp/Qs (wady przeciekowe):.....

Zastawka trójdzielna: szerokość pierścienia:.....mm. Fala zwrotna:.....

2. Kurczliwość:

Kurczliwość LV globalna: .....%

Zaburzenia kurczliwości:.....

.....

2. EKG: data.....

Opis:.....

3. RTG klatki piersiowej: data.....

Opis:.....

.....

4. Tomografia komputerowa: data.....

Opis:.....

.....

.....

5. Koronarografia: data.....

Wnioski:.....

LMCA: zwężenie .....%, segment:.....

LAD: zwężenie .....%, segment:.....

Dg1: zwężenie .....%, segment:.....

Dg2: zwężenie .....%, segment:.....

IM: zwężenie .....%, segment:.....

Cx: zwężenie .....%, segment:.....

RCA: zwężenie .....%, segment:.....

PCI w wywiadzie: data.....

Stent:.....

**IV. Kwalifikacja:** data.....

Lekarz wypełniający kartę:.....

Kardiolog kwalifikujący:.....

Kardiochirurg kwalifikujący:.....

**DECYZJA:**.....

Data wpłynięcia formularza:.....

Proponowany termin operacji:.....