



KWALIFIKACJA HEART TEAM

Gr krwi

WPS

termin (wypełnia sekretariat KCH WIM)

Karta kwalifikacji do zabiegu kardiochirurgicznego

Klinika Kardiologii, Wojskowy Instytut Medyczny - PIB w Warszawie

Imię i nazwisko

PESEL

Telefon do chorego:

Dgn:

Wiek:

Data:

Aktualny stan: CCS ____ NYHA ____ INTERMACS ____ ☐ VT/VF ☐ IABP ☐ pVAD☐ Wstrząs ☐ Went. Mech. ☐ St/p NZK ☐ IZW ☐ ACS ☐ AAA ☐ Zabieg bez krwi**Choroby towarzyszące:**☐ Nadciśnienie tętnicze☐ BMI _____☐ Cukrzyca t. II / t. I☐ Insulinoterapia☐ HbA1C _____☐ r. zatokowy☐ AF parox☐ Przetwale/LSPAF☐ Utrwalone☐ Coronary artery disease☐ Cerebrovascular Disease☐ St/p ACS☐ St/p CVA☐ NSTEMI☐ Stroke☐ STEMI☐ TIA☐ < 90 dni☐ < 90 dni☐ > 90 dni☐ > 90 dni**Proponowane leczenie:**☐ Zachowawcze☐ PCI☐ CABG // OFF PUMP☐ Hybryda: CABG + PCI☐ MIDCAB // TECAB☐ SAVR☐ TAVR // TF // TSub☐ BAV jako -> BTB // DT☐ AAA Bentall // AVp David☐ AAA Supra STJ☐ AAA Arch + FET // ET☐ TEER // TTVR // TMR☐ MVp / MVR.☐ TVp / TVR☐ Maze III AF ablacja☐ LAA Ex // CLIP☐ Convergent HABL☐ MCS // LVAD // OHT☐ PTE // ThrombAspi.☐ Mini // Robotic☐ REOPERACJA☐ Miażdżycy t. obwodowych >50%☐ LCCA // LICA % _____☐ COPD☐ Astma☐ RCCA // RICA % _____☐ Sterydy w wywiadzie☐ Niewydolność nerek☐ NPL w wywiadzie // aktualnie☐ GFR ____ CREAT ____☐ St/p zab. kardiochirurgicznym _____**Poziom ryzyka zabiegu:**☐ STS Mortality _____☐ STS Morbidity _____☐ EuroScore II _____☐ Syntax _____☐ Inne - nieujęte w skalach**Inne informacje**☐ Resident u/supervision**Proponowany termin:**☐ Natychmiastowy☐ Pilny (szpital w szpital)☐ Przyspieszony do 30 dni☐ Planowy do 3 miesięcy☐ **Badanie kliniczne****WIM-PIB Priority Scale (WPS) - skala pilności WIM****Technical difficulty:**☐ 1. Łatwy☐ 2. Umiarkowany☐ 3. Trudny☐ 4. Bardzo trudny**Clinical priority:**☐ A. Bardzo objawowy☐ B. Objawowy☐ C. Skąpoobjawowy☐ D. Bezobjawowy

Badanie USG serca i naczyń

DATA BADANIA: _____

LVEF (%): _____

LVEDD: _____

LVESD: _____

AV/AVAi _____

Pierścień ao _____ mm

Pg/Mg _____

ERO / VC _____

AI // MV typ: I II IIIa IIIb

TV _____ pierścień _____ mm

TAPSE: _____

RVSP: _____ mmHg

Tomografia komputerowa:

Perimeter derived diam.: _____

Wysokość LM: _____ mm

Wysokość RCA _____ mm

L FEM _____ mm R FEM _____ mm

zalecenia dla chorego/zespołu:

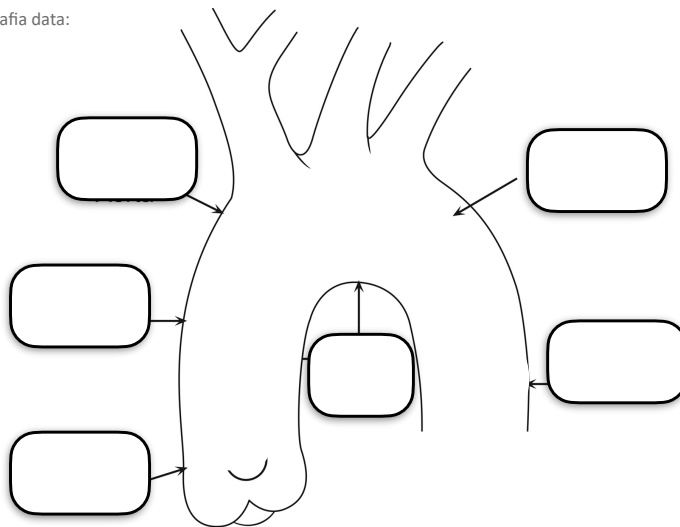
- ☐ **Do wykonania** koronarografia
- ☐ **Do wykonania** tomografia
 - ☐ z kontrastem
 - ☐ bez kontrastu
- ☐ **Do wykonania** - Uzupełnienie szczepień WZW t.B
- ☐ **Do wykonania** konsultacja stomatologa i leczenie endodont.
- ☐ **Do wykonania** konsultacja dietetyka klinicznego i program PREHABILITACJI
- ☐ **Do wykonania** konsultacja innych specjalności.
- ☐ **Do wykonania** wymazy z nosa i gardła w kierunku MRSA
- ☐ **Do wykonania** wymazy w kierunku szczepów alarmowych

Co jest? Czego brakuje?

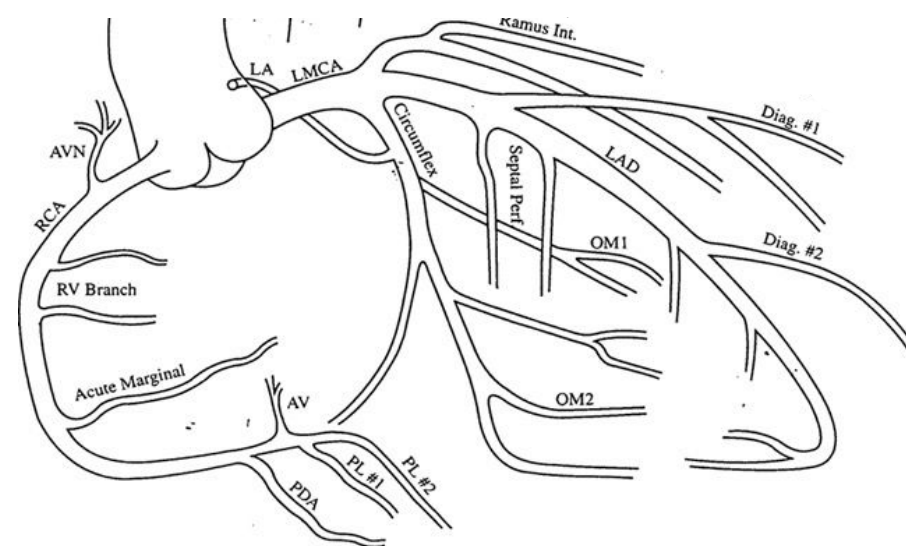
JEST BRAK

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------|
| ☐ | ☐ | Stomatolog |
| ☐ | ☐ | Wymazy MRSA |
| ☐ | ☐ | Laryngolog |
| ☐ | ☐ | Endokrynolog |
| ☐ | ☐ | Ginekolog |

Tomografia data:



NARYS ZMIANY W TĘTNICACH WIENCOWYCH (schematycznie)



WPISZ TUTAJ WSZELKIE UWAGI I WAŻNE INFORMACJE

PROSIMY O PODPIS KARDIOLOGA DOKONUJĄCEGO WPIS (kardiolog/kardiolog/anestezjolog) prosimy o pozostawienie nr telefonu kontaktowego lub maila oraz ew. Godzin dostępności

+48 228 108 089

kardiologia@wim.mil.pl