



KWALIFIKACJA HEART TEAM

Gr krwi

WPS

termin (wypełnia sekretariat KCH WIM)

Karta kwalifikacji do zabiegu kardiochirurgicznego

Klinika Kardiochirurgii, 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:**

- | | | | | |
|--|---|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nadciśnienie tętnicze | <input type="checkbox"/> r. zatokowy | <input type="checkbox"/> AF parox | <input type="checkbox"/> Przetrwale/LSPAF | <input type="checkbox"/> Utrwalone |
| <input type="checkbox"/> BMI _____ | <input type="checkbox"/> Choroba wieńcowa | <input type="checkbox"/> St/p ACS | <input type="checkbox"/> Choroba naczyń OUN | |
| <input type="checkbox"/> Cukrzyca t. II / t. I | <input type="checkbox"/> St/p ACS | <input type="checkbox"/> NSTEMI | <input type="checkbox"/> St/p CVA | |
| <input type="checkbox"/> Insulinoterapia | <input type="checkbox"/> STEMI | <input type="checkbox"/> < 90 dni | <input type="checkbox"/> Udar | |
| <input type="checkbox"/> HbA1C _____ | <input type="checkbox"/> > 90 dni | <input type="checkbox"/> > 90 dni | <input type="checkbox"/> TIA | |
| <input type="checkbox"/> Niewydolność nerek | <input type="checkbox"/> Miazdżyca t. obwodowych >50% | <input type="checkbox"/> LCCA // LICA % _____ | <input type="checkbox"/> < 90 dni | |
| <input type="checkbox"/> dializy | <input type="checkbox"/> Kruchość (Friality) CSF>5 | <input type="checkbox"/> RCCA // RICA % _____ | <input type="checkbox"/> > 90 dni | |
| GFR _____ CRE _____ | <input type="checkbox"/> Anemia / niedokrwistość | <input type="checkbox"/> Wymagana izolacja | | |
| <input type="checkbox"/> COPD lub Astma | <input type="checkbox"/> Niedożywienie | <input type="checkbox"/> St/p zab. kardiochirurgicznym _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Spirometria <50% N | | | | |
| <input type="checkbox"/> Uczulenia _____ | | | | |

Badanie USG serca i naczyń

DATA BADANIA: _____

LVEF (%): _____

LVEDD: _____

 wada zastawki aortalnej

AV/AVAi _____

Pierścień ao _____ mm

Pg/Mg _____

 wada zastawki mitralnej

ERO / VC _____

MVi typ: I II IIIa IIIb

 wada zastawki trójdzielnej

TV _____ pierścień _____ mm

TAPSE: _____

RVSP: _____ mmHg

Poziom ryzyka zabiegu: STS Mortality _____ STS Morbidity _____ EuroScore II _____ Syntax _____ Inne - nieujęte w skalach**Inne informacje** Resident u/supervision**Tryb przyjęcia:** 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

Co jest? Czego brakuje?

JEST zbędne BRAK

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stomatolog |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wymazy MRSA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Laryngolog |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Endokrynolog |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ginekolog |

Do uzupełnienia/do wykonania

- koronarografia
- tomografia komputerowa
 - z kontrastem
 - bez kontrastu
- Uzupełnienie szczepień WZW t.B
- Konsultacja stomatologa
- Konsultacja dietetyka klinicznego i program PREHABILITACJI
- wymazy z nosa i gardła MRSA
- wymazy w kierunku szczepów alarmowych

W imieniu pracowników Kliniki Kardiologii WIM-PIB serdecznie dziękuję za zaufanie i zgłoszenie chorego do leczenia operacyjnego.

Dołożymy wszelkich starań, by leczenie chorego przebiegło z sukcesem, bez powikłań, dobrym efektem wczesnym i odległym.

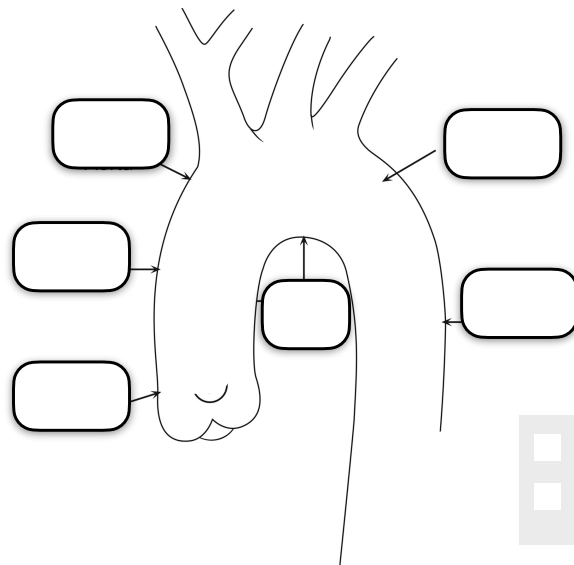
Działamy wg standardów PTK/EACTS/ESC przy rosnącej adopcji protokołów ERAS i standardów intensywnej terapii.

Wielu naszych chorych jest starszych, niedożywionych, ze znacznym zespołem kruchości. Stąd prosimy o:

1. **oznaczenie HbA1C** u chorego z cukrzycą - jeśli przekracza 10mg%, a chory nie jest pilny - prosimy o intensyfikację leczenia hypoglikemizującego
2. **Oznaczenie poziomu białka całkowitego** - jeśli jest niskie - prosimy o intensyfikację żywienia i wzbogacenie diety o produkty wysokobiałkowe.
3. **Oznaczenie trybu zabiegu** - dzięki temu lepiej zarządzamy planem operacyjnym.

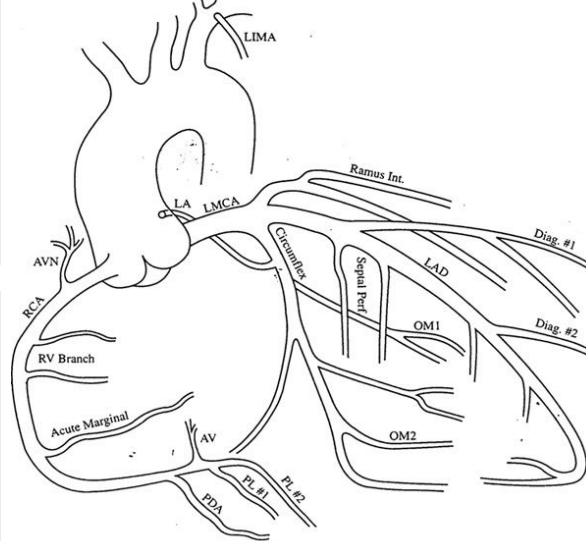
Dziękujemy za życzliwość i dobrą współpracę!
Zespół Kliniki Kardiologii WIM-PIB :)

Tomografia data:



- 3-płatkowa AV
- 2-płatkowa AV

NARYSUI ZMIANY W TĘTNICACH WIĘCOWYCH (schematycznie)



ISTOTNE ZWĘŻENIA

- LM
- LAD
- D1/D2
- CX
- OM1
- OM2
- IM
- RCA
- PDA

WPISZ TUTAJ WSZELKIE UWAGI I WAŻNE INFORMACJE

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