

pieczęć kierującego (nazwa zakładu, nazwa komórki kierującej, kod, adres, telefon, REGON, numer umowy z NFZ)



dn.

IKARDIA
Szpital Kardiologii Inwazyjnej w Nałęczowie
24-140 Nałęczów, ul Górskiego 9
tel. (81) 501 44 16 fax 081 501 42 74
REGON: 060116658
Oddział kardiologiczny 4100
Kod resortowy: 000000020953-01-002

SKIEROWANIE
na koronarografię / badanie hemodynamiczne

Imię i nazwisko

Ubezpieczenie: * 1) NFZ - Nr Oddz. 2)
 inneubezpieczenie
 3) nieubezpieczony

Data urodzenia PESEL

Adres Telefon

Rozpoznanie:

Dusznicza bolesna CCS.....Dusznicza niestabilna Braunwald.....Rozpoznanie ICD-10.....

Stan po zawale ścianyw roku.....Q; non Q

Świeży zawal ściany.....dn.....godz.....lecz. tromb.....

Wydolność krążenia NYHA.....Przebyte epizody mózgowe.....

Miażdżycza tt. kk. dolnych.....

Inne:.....

Wywiad:

Poprzednia koronarografia.....PTCA.....CABG.....

Próba wysiłkowa

z dnia.....

Tolerancja wysiłku	MET	Cechy niedokrwienia w odprowadzeniach
	Wat	I, II, III, V _L , V _F , V ₂ , V ₃ , V ₄ , V ₅ , V ₆
	wysiłek. zab. rytmu.....	

Grupa krwi.....

Czynniki ryzyka

Nadciśnienie tętnicze.....	Cholesterol.....	TG.....	Cukrzyca typu.....
nadwaga.....kg	palenie tytoniu.....	wywiad rodzinny	inne.....
		(powyżej 55 roku życia)	

Szczepienie pw. WZW wykonane/planowane I dn..... II dn.....

Kategoria medyczna określona przez lekarza kierującego
 podpis i pieczętka lekarza kierującego

przypadek pilny przypadek stabilny tryb nagły

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wpisanie w/w danych na listę oczekujących oraz uzyskałem(am) informację, że data udzielenia świadczenia zostanie mi przekazana w terminie późniejszym.

.....
 podpis pacjenta

Data przyjęcia skierowania do OKI IKARDIA

Data planowanego badania / zabiegu

.....
 podpis i pieczętka lekarza kwalifikującego