

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



dn. ....

**Ośrodek Kardiologii Inwazyjnej "IKARDIA"**  
**Kardiologiczny Szpital Uzdrawiskowy**  
**24-140 Nałęczów, ul Górskiego 5**  
**tel. 081-501 44 16 fax 081 501 42 74**

**SKIEROWANIE**  
**na koronarografię / badanie hemodynamiczne**

Imię i nazwisko .....

Ubezpieczenie:\* 1) NFZ - Nr Oddz. 2)   
 inne ubezpieczenie  
 3) nieubezpieczony

Data urodzenia ..... PESEL

Adres ..... Telefon.....

**Rozpoznanie:**

Dusznicza bolesna CCS.....Dusznicza niestabilna Braunwald.....Rozpoznanie ICD-10.....  
 Stan po zawale ściany .....w roku.....Q; non Q  
 Świeży zawał ściany.....dn.....godz.....lecz. tromb.....  
 Wydolność krążenia NYHA.....Przebyte epizody mózgowo.....  
 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 <sub>L</sub> , V <sub>F</sub> , V <sub>2</sub> , V <sub>3</sub> , V <sub>4</sub> , V <sub>5</sub> , V <sub>6</sub>
	wysiłek zab. rytmu.....	

Grupa krwi.....

**Czynniki ryzyka**

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

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

**Kategoria medyczna określona przez lekarza kierującego**

.....  
 podpis i pieczęć 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 pieczęć lekarza kwalifikującego