**Beutaló szívkatéteres vizsgálatra**

**PTE KK Szívgyógyászati Klinikára**

PTE KK Szívgyógyászati Klinika

Igazgató: Prof. Dr. Cziráki Attila

Intervencionális Kardiológiai Osztály

Osztályvezető: Prof. Dr. Horváth Iván

7624 Pécs Ifjúság út 13.

Tel: (72) 536-000/ 34605 mellék

FAX: (72) 536-388

e-mail: [iv.adm@pte.hu](mailto:iv.adm@pte.hu)

A bejelentőlapon a vizsgálati eredmények lényeges adatait kérjük.

A vizsgálatok részletes leírását, leletét, vagy ennek másolatát kérjük a beteg dokumentációjához csatoltan megküldeni.

\* a szívkatéteres vizsgálat elvégzéséhez kötelezően szükséges adatok

\*\* amennyiben a beteg rendelkezik ilyen vizsgálati eredménnyel

|  |  |
| --- | --- |
| A beteg neve: \* | Anyja neve: \* |
| Lakcíme: \* | Tel., e-mail.: \* |
| Szül.: \* | TAJ: \* |

|  |  |
| --- | --- |
| Beutaló intézet: \* | Beutaló OEP azonosítója (9 szjegy): |
| Beutaló orvos neve: \* | Pecsétszáma: \* |
| Dg és BNO kód.:\* | Naplósorszám: \* vagy törzsszám |
| Kérés időpontja\*: |

|  |  |
| --- | --- |
| Testsúly: \* | Testmagasság: \* |
| Gyógyszer és/vagy kontrasztanyag-érzékenység: \* | |
| A beteg által rendszeresen szedett gyógyszerek: \* | |

szerepel-e az anamnézisben \* (1 = igen, 0 = nem)

|  |  |
| --- | --- |
| dohányzás | major ritmuszavar |
| hypertonia | reanimatio |
| diab. mell. | szívbillentyű műtét |
| zsíranyagcsere-zavar | coron. bypass |
| myocard. infarctus | coronarographia |
| szívelégtelenség | PTCA |
| hypercholest. | pozitív családi anamnézis |
| ált. érelmeszesedés | immunológiai megbet. |
| daganatos megbet. | anticoncipiens |

pozitív válasz esetén lehetőleg a vizsg.számát is kérjük:

|  |
| --- |
| előző szívkat. beavatk. **időpontja, száma, kat.orvos:\*** |
| lelet: |

|  |  |
| --- | --- |
| Labor vizsgálat időpontja: | |
| vércsoport, Rh.\* | vérzési-alvadási idő\* |
| Trombocita\* | Prothrombin\* |
| Hemoglobin\* | se Nátrium, Kálium\* |
| HDL Koleszterin\* | se Koleszterin\* |
| se Kreatin\* | CN\* |

|  |
| --- |
| nyugalmi EKG: \* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ECHOCARDIOGRAPHIA: \* | | | | |
| EF% | falmozgás-zavar (segmens) | | billentyűk Insuff.(°, grad) | Stenosis (grad) |
| Ao |  |
| MI |  |
| TI |  |
| Pulm. |  |
| ERGOMETRIA \*\* (EKG-eltérés és localisatio) | | | | |
| elvezetés(ek) | | max. ST eltérés(ek) | | MET |
| ritmuszavar | |
| HOLTER | |  | |  |
| ritmuszavar | | ST eltérés(ek) | | terhelés/nyugalom |
|  | |  | |  |
| Terheléses és/vagy nyugalmi szívizom-scintigraphia\*\* (segmens) | | | | |
|  | | | | |

|  |
| --- |
| Izotópos kamrafal-mozgás vizsgálat:\*\* |

|  |
| --- |
| Viability vizsgálat:\*\* MR |

|  |
| --- |
| CoronCT:\*\* |

|  |
| --- |
| Carotis Doppler:\* |

|  |  |
| --- | --- |
| Góckutatás eredménye:\* | |
| Fogászat | Fül-Orr-Gége |
| Mellkas rtg. | Hasi UH |
| Nőgyógyászat/Urológia | Szerológia (Hepatitis és HIV szűrés) |

|  |  |
| --- | --- |
| CCS besorolás: |  |
| NYHA oszt. |  |
| SAS |  |

A beteg előzetes, részletes felvilágosítás után a beavatkozásba

és az esetleges további invazív vagy műtéti beavatkozásba beleegyezését adta.

………………………………… …………………………………

a beteg aláírása az orvos aláírása