**KARTA ZGŁOSZENIA DO ZABIEGU ABLACJI**

**(Proszę wypełnić kartę danymi, które są w Państwa posiadaniu – niepełna karta również będzie rozpatrywana)**

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko pacjenta: |
| Adres zamieszkania:  |
| PESEL: |
| Telefon do pacjenta Domowy: | Komórkowy:  |
| * Kobieta
* Mężczyzna
 |  |
| Dominująca forma zaburzeń rytmu: |
| Inne zaburzenia rytmu |
| Kiedy rozpoznano zaburzenia rytmu: |
| Forma zaburzeń rytmu:* Przetrwałe
* Napadowe

Liczba napadów w miesiącu: ......... |
| Tolerancja arytmii:* Bezobjawowa
* Objawowa
* Duszność
* Ból w klatce piersiowej
* Utrata przytomności
 | Ewentualne objawy:* Nie ograniczają aktywności życiowej
* Istotnie wpływają na aktywność życiową
* Uniemożliwiają normalną aktywność życiową
 |
| Profilaktyka antyarytmiczna w przeszłości:* Amiodaron
* Dronedaron
* Propafenon
* Sotalol
* Flekainid
 | Obecnie przyjmowane leki antyarytmiczne:* Amiodaron
* Dronedaron
* Propafenon
* Sotalol
* Flekainid
 |
| Choroby współistniejące:Choroba niedokrwienna sercaPTCACABGPrzebyty zawał sercaNiewydolność sercaPrzebyte operacje sercaSztuczna zastawka sercaStymulator sercaICDNadciśnienie tętnicz | ⬜ Nie ⬜ Tak; Klasa CCS:.........⬜ Nie ⬜ Tak⬜ Nie ⬜ Tak⬜ Nie ⬜ Tak⬜ Nie ⬜ Tak; NYHA: .........⬜ Nie ⬜ Tak; Rodzaj: .........; Data: .........;⬜ Nie ⬜ Tak; Jaka: .........⬜ Nie ⬜ Tak; Tryb: .........⬜ Nie ⬜ Tak⬜ Nie ⬜ Tak |
| ECHO serca:Frakcja wyrzutowa LK:* >= 60%
* 40-59%
* 20-39%
* <20%
 | Zaburzenia kurczliwość:* Przód
* Dół
* Bok
* Przegroda
* Koniuszek
* Uogólnione
 |
| Obecna Farmakoterapia:Kwas acetylosalicylowy Inhibitor receptora P2Y12 ☐ Leki przeciwkrzepliwe Inhibitor ACEBeta-adrenolitykStatynaAntagonista aldosteronu  | ⬜ Nie ⬜ Tak⬜ Nie ⬜ Tak⬜ Nie ⬜ Tak⬜ Nie ⬜ Tak⬜ Nie ⬜ Tak⬜ Nie ⬜ Tak⬜ Nie ⬜ Tak |
| Dane kontaktowe lekarza kierującego (pieczątka, telefon, ew. adres mailowy): |