



**Klinika Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii**  
**Instytut Kardiologii**  
**Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego**  
**w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II**  
**ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków**  
**Kierownik Kliniki prof. dr hab. med. Jerzy Sadowski**  
**Kancelaria tel.:(012)6143203, 6143075; fax.:(012)4233900**  
**Izba przyjęć tel.:(201)614 30 57; fax.:(012)6143058**



PESEL																			
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data zgłoszenia .....

**Karta kwalifikacyjna do operacji kardiologicznej**

Nazwisko i imię.....wiek.....

(drukowane litery)

data urodzenia.....zawód.....gr.krwi.....Rh.....

adres domowy.....

Województwo..... tel.....

Rozpoznanie ( choroba główna).....

.....CCS.....EF.....NYHA.....

Proponowany zabieg (operacja).....

**OCENA RYZYKA OPERACYJNEGO WG EUROSCORE**

Wiek ponad 60 lat (+ 1 pkt co 5 lat)	1		Niestabilna ch. wieńcowa z ciągłym wlewem NTG i.v.	2	
Płeć żeńska	1		LVEF 30-50%	1	
Przewlekłe choroby płuc (lecz. przewl. sterydami lub bronchodil.)	1		LVEF < 30 %	3	
Zmiany naczyniowe pozasercowe	2		Zawał serca < 90 dni	2	
Zaburzenia neurologiczne upośledzające codzienne funkcjonowanie	2		Nadeśnienie płucne PAP sk > 60 mmHg	2	
Zabiegi z otwarciem worka osierdziowego	3		Zabieg w trybie natychmiastowym	2	
Kreatynina > 200 umol/l	2		Zabieg inny niż CABG lub z CABG	2	
Aktywne zapalenie wsierdza	3		Zabieg na aorcie piersiowej	3	
VT, NZK, IABP, ONN(anuria lub oliguria < 10 ml/h), wspomaganie inotropowe, wspomaganie oddechowe	3		Pozawałowy ubytek przegrody	4	

**Ryzyko**

**Wskazania do operacji**

<b>Małe</b> <b>Średnie</b> <b>Duże</b>	(0-2 pkt, śmiertelność: 0,8 ) (3-5 pkt, śmiertelność: 3,0) (6 i więcej pkt, śmiertelność 11,2)	<b>Natychmiastowe</b>	<b>Pilne</b>	<b>Planowe</b>

Inne istotne czynniki ryzyka/ przebyte choroby.....

.....Kontrola stomatologiczna .....Żyłaki.....

Tętnice szyjne..... Lek. zgłaszający.....

Nadwaga..... Oddział.....

Szczepienia p. WZW..... pieczęta:

Wymazy z gardła i nosa (MRSA, MRSE).....

Aspiryna, Tiklopidyna, Acenokumarol do.....

Zakwalifikowano do .....

.....

.....

Data i podpis lek. konsultującego.....

Termin przyjęcia do Kliniki.....