

KARTA KWALIFIKACYJNA LECZENIA ARYTMII METODĄ ABLACJI

Nazwisko i imię pacjenta: Wiek:

Telefon do pacjenta:

Arytmia do leczenia inwazyjnego:

- Migotanie przedsionków AVNRT
 WPW Częstoskurcze komorowe / PVC
 Nawracające częstoskurcze nadkomorowe do diagnostyki elektrofizjologicznej
 Trzepotanie przedsionków
 Inne:

Pierwszy napad arytmii (data): ostatniej:

Objawowość arytmii:

- Bez objawów łagodne Nasilone
 Niestabilność hemodynamiczna

Klasa EHRA:

Hospitalizacje z powodu arytmii: Tak Nie

Leki antyarytmiczne:
.....
.....

Leki przeciwkrzepliwe:
.....

Istotne choroby towarzyszące:
.....
.....

EKG z zapisem arytmii: Tak Nie

Echo serca: Prawidłowe Nieprawidłowe Brak
EF (%) LA

Szczepienie p/WZW B:

Dane lekarza kierującego pacjenta (pieczętka, ew. telefon):
.....
.....

Dnia: