



**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

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 anamnesisben * (1 = igen, 0 = nem)

dohányzás	major ritmuszavar
hypertonia	reanimatio
diab. mell.	szívbillentyű műtét
zsírányagcsere-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, sszáma, 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