



Név:

Születési dátum:

Taj-szám:

Anyja neve:

Lakcím:

Beküldő intézmény kódja:

Rendelő személy:

Iránydiagnózis:

---

**Kért vizsgálat indikációja** *(Kérjük, jelölje!)*

Coronaria status: Coronaria Ca-score  Coronaria CTA

**További indikációk:**

Szívelégtelenség  Systoles  Diastoles  Bal kamra EF \_\_\_\_\_ %

Akut mellkasi fájdalom  Koszorúér anomália  Strukturális anomália

Preoperatív kivizsgálás  Bal pitvar angiográfia  Stent átjárhatóság

CTA: Mellkasi aorta  Pulmonalis artériák  TAVI tervezés

Kiegészítő mellkasi CT (csak előzetes telefonos konzíliumot követően kérhető)

---

**Koszorúérbetegséggel összefüggésben álló tünetek** *(Kérjük, jelölje!)*

**Mellkasi fájdalom** Típusos  Atípusos  Nincs

**Fizikális tünetek**

Mellkasi égő érzés  Epigastriális fájdalom  Vállba sugárzó fájdalom

Dyspnoe  Csökkent terhelhetőség  Syncope

Új vagy súlyosbodó tünetek Igen  Nem

**EKG eltérés**

Pitvari fibrilláció  Patológiás Q  Negatív T

ST eleváció  ST depresszió  Bal szárblokk

Sustained VT  Unsustained VT  VF

Gyakori PVC  Ritka PVC  Egyéb

Egyéb: \_\_\_\_\_

Új vagy súlyosbodó tünetek Igen  Nem

Megjegyzés: \_\_\_\_\_

**Előzetes kivizsgálás eredményei** (A már elvégzett vizsgálatokat kérjük, beírni!)

	Dátum			
Ergometria	_____	Pozitív <input type="radio"/>	Negatív <input type="radio"/>	Inkonkluzív <input type="radio"/>
Echokardiográfia	_____	Falmozgászavar	Van <input type="radio"/>	Nincs <input type="radio"/>
SPECT	_____	Pozitív <input type="radio"/>	Negatív <input type="radio"/>	Inkonkluzív <input type="radio"/>
Ca-Score	_____	Értéke: _____		
Coronaria CTA	_____	Negatív <input type="radio"/>	Obstruktív <input type="radio"/>	Nem obstruktív <input type="radio"/>
MR	_____	Falmozgászavar	Van <input type="radio"/>	Nincs <input type="radio"/>
		Perfúziózavar	Van <input type="radio"/>	Nincs <input type="radio"/>
Invazív coronarographia	_____	Negatív <input type="radio"/>	Obstruktív <input type="radio"/>	Nem obstruktív <input type="radio"/>
		Obstruktív	Stent <input type="radio"/>	
			Pozíció és átmérő: _____	
			CABG <input type="radio"/>	
			Graftok: _____	

---

**Cardiovascularis anamnézis** (Kérjük, jelölje!)

Hypertonia  1-es típusú diabetes  2-es típusú diabetes

Dyslipidaemia  Myocardialis infarktus  Pozitív családi anamnézis

Jelenlegi dohányzás

---

**Egyéb betegségek** (Kérjük, jelölje!)

Perifériás érbetegség  Stroke  Autoimmun betegség

Beszűkült vesefunkció  Malignus betegség  Egyéb  \_\_\_\_\_

---

**Labor:** Dátuma \_\_\_\_\_

Össz koleszterin \_\_\_\_\_; HDL: \_\_\_\_\_; LDL: \_\_\_\_\_; TG \_\_\_\_\_; hsCRP \_\_\_\_\_; GFR: \_\_\_\_\_

**Egyéb a vizsgálat szempontjából releváns adat:** \_\_\_\_\_

Dátum \_\_\_\_\_ Kérőorvos aláírása és bélyegzője \_\_\_\_\_

**Figyelem!** Tisztelettel kérjük a beutaló kitöltését. Kitöltetlen beutalóval érkező beteg esetében CT vizsgálat nem végezhető!

A vizsgálatkérő az iSORT webes strukturált leletező felület (www.bioscreen.hu) alapján készült.