NEMOCNICE PRIVAMED
Intervenční kardiologie

ŽÁDANKA NA KATETRIZAČNÍ VYŠETŘENÍ

Pacient (lze nahradit štítkem pacienta)**:**

PŘÍJMENÍ:	JMÉNO:	POHLAVÍ: MUŽ / ŽENA
RČ:	ZP	
Kontakty	Tel:	E-mail:

INDIKACE K VYŠETŘENÍ:
Další závažné diagnózy (zaškrtnout)**:**
ALERGIE: NE / ANO – na co:
DM ☐ ASTMA BRONCH/CHOPN ☐ RENÁLNÍ INSUFICIENCE ☐ HYPERLIPOPROTEINEMIE ☐
Ostatní:

UŽÍVANÉ LÉKY (zaškrtnout)**:**
K. ACETYLOSALICYLOVÁ ☐ CLOPIDOGREL ☐ TICAGRELOL ☐ PRASUGREL ☐ LMWH ☐
HEPARIN ☐ Warfarin ☐ DOAK ☐
Dávkování:

PERORÁLNÍ ANTIDIABETIKA ☐ vypsat:
Ostatní léčba (vypsat):

PŘEDCHOZÍ REVASKULARIZACE: NE / ANO (vypsat) – kde (nemocnice); lokalizace pci nebo cabg

VÝSLEDKY PROVEDENÝCH VYŠETŘENÍ:
ECHOKARDIOGRAFICKÉ VYŠETŘENÍ (lze nahradit výtiskem originálu)
datum: provedl:

LABORATORNÍ VÝSLEDKY (lze nahradit výpisem z laboratoře)

Na	K	Cl	urea	kreatinin	Clearance
AST	ALT	Bili	CRP		
KO:	Ery	Hb	Leu	Trombo	

dif pokud patologie
APTT INR

OBJEDNAT LZE NA:
Stacionář Intervenční kardiologie Nemocnice PRIVAMED – 377 182 399 (400,401) nebo emailem ikardio@privamed.cz