



# KARTA PACJENTA Z OSTRYM ZESPOŁEM WIĘCOWYM Z UNIESIENIEM ODCINKA ST (STEMI) 2016

F-184

data wydania 27 lutego 2017r

Imię: ..... Nazwisko: ..... Płeć: K ☐ M ☐

PESEL:

Nazwa świadczeniodawcy: .....

Rozpoznanie STEMI: ściana przednia ☐ ściana dolna ☐ ściana boczna ☐ inny ☐

Początek objawów: data: ..... godzina: .....

## Pierwszy kontakt medyczny (First Medical Contact- FMC):

data: ..... godzina: ..... Wykonano teletransmisję EKG : tak ☐ nie ☐

miejsce FMC: dom/inne miejsce zgłoszone w CPR ☐ POZ/pomoc nocna i świąteczna ☐ Szpital bez pracowni hemodynamiki ☐ Szpital z pracownią hemodynamiki ☐ inne ☐

**Szpitalny Oddział Ratunkowy/ Izba Przyjęć/ Kardiologia – bez pośrednictwa SOR/IP( ZRM bezpośrednio na kardiologię)**

Przyjęcie: data: ..... godzina: .....

Źródło przyjęcia do SOR/IP: Bezpośredni transport z miejsca wezwania przez ZRM ☐ Pośredni transport (przez inny szpital/SOR/IP) przez ZRM ☐ Chory zgłosił się samodzielnie do SOR/IP ☐ Chory był już hospitalizowany w ramach danej jednostki ☐

Tętno: ..... /min, Ciśnienie tętnicze: ..... mmHg, Skala Killipa (I-IV): ..... Stan po NZK: tak ☐ nie ☐

## Pracownia hemodynamiki:

Rozpoczęcie zabiegu: data: ..... godzina: ..... Całkowita okluzja naczyń: tak ☐ nie ☐

Udrożnienie naczynia dozawałowego tak ☐ nie ☐ : data: ..... godzina: .....

Całkowity czas niedokrwienia: ..... godzin ..... minut.

Przepływ TIMI po zabiegu: TIMI 3 ☐ TIMI 2 ☐ TIMI 1/0 ☐

Naczynie odpowiedzialne za zawał: RCA ☐ LAD ☐ Cx ☐ LM ☐ inne ☐ brak istotnych zwężeń ☐

Implantacja stentu: tak ☐ nie ☐ Stent: DES ☐ BMS ☐ Chory skierowany do CABG : tak ☐ nie ☐

## Ocena ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych:

Chory niskiego ryzyka <input type="checkbox"/>	Chory wysokiego ryzyka związanego z chorobami układu krążenia (proszę zaznaczyć jakie) <input type="checkbox"/>	Chory wysokiego ryzyka związanego z innymi schorzeniami (proszę zaznaczyć jakie) <input type="checkbox"/>
	Wielonaczyniowa choroba wieńcowa <input type="checkbox"/> Niepełna rewaskularyzacja <input type="checkbox"/> Rewaskularyzacja (PCI/CABG) w wywiadzie <input type="checkbox"/> Udar mózgu w wywiadzie <input type="checkbox"/> Nadciśnienie tętnicze <input type="checkbox"/> Niewydolność serca i/lub EF<50% <input type="checkbox"/> Miażdżyca tętnic obwodowych <input type="checkbox"/> Migotanie przedsionków <input type="checkbox"/>	Cukrzyca <input type="checkbox"/> eGFR < 30 ml/min <input type="checkbox"/> Choroba nowotworowa <input type="checkbox"/> Szacowane przeżycie (life expectancy) < 1 roku <input type="checkbox"/> Inne (proszę wpisać) <input type="checkbox"/> .....

## Wypis:

klasa NYHA: .....

LVEF przy wypisie: .....%, HR...../min, Leczenie: kw. acetylosalicylowy: ☐ klopidogrel: ☐ tikagrelor: ☐ prasugrel: ☐

Pacjent: wypisany do domu ☐ Przekazany do innego świadczeniodawcy ☐ Zgon ☐

Zaplanowano kolejne etapy PCI: tak ☐ nie ☐ Skierowanie do sanatorium/rehabilitacja: tak ☐ nie ☐

CPR- centrum powiadamiania ratunkowego, POZ- podstawowa opieka zdrowotna, ZRM- zespół ratownictwa medycznego, NZK- nagłe zatrzymanie krążenia