

Nazwisko i imię (imiona):				
PESEL:	Data urodzenia:	Wiek:	Płeć:	Telefon:
Adres zamieszkania:				
Seria i numer dokumentu tożsamości		Paszport:		

Informujemy, że w dniu ma Pan/i wyznaczony **termin przyjęcia do szpitala** celem przeprowadzenia:

- koronarografii; angioplastyki; wszczepienia/wymiany CRT-P, CRT-D;
 wszczepienia/wymiany stymulatora serca; wszczepienia/wymiany kardiowertera-defibrylatora;
 ablacji migotania przedsionków ablacji podłoża zaburzeń rytmu serca; kardiowersji elektrycznej;
 hospitalizacji w celu wykonania badań diagnostycznych;

W

Proszę zgłosić się do Szpitala (Izba Przyjęć / rejestracja) ok godz.

Uwaga – bardzo ważne!

1. Jeżeli przyjmuje Pan/i leki przeciwkrzepliwie tj. **Eliquis, Xarelto, Acenocumarol (Sintrom), Warfin lub Pradaxa**, to może zaistnieć potrzeba czasowej zmiany tego leczenia przed zabiegiem. Decyzję o zmianie leczenia powinien podjąć lekarz prowadzący lub lekarzy rodzinny!

Nasz ośrodek u większości chorych proponuje następujące postępowanie:

- w przypadku stosowania leku **Acenocumarol (Sintrom)** lub **Warfin** – przerwać 3-5 dni przed hospitalizacją,
 - w przypadku leków **Eliquis, Pradaxa, Xarelto** – nie zażywać 1-2 dni przed hospitalizacją;
 - terapia pomostowa (heparyna drobnocząsteczkowa) jest niezbędna **TYLKO** u pacjentów z wysokim ryzykiem zakrzepicy (np. u chorych z FA oraz ≥ 4 punktami w skali CHA₂DS₂VASC, z mechaniczną protezą zastawki, po niedawno przebytej żylnej chorobie zakrzepowo-zatorowej i naprawie zastawki mitralnej).
2. Proszę **nie odstawiać** leków **Acard, Polocard, Efient, Brilique** oraz preparatów zawierających **Klopidogrel** (np. **Plavix**)!
 3. Przed planowaną kardiowersją elektryczną nie przerywać leczenia przeciwkrzepliwego !!!
 4. Jeżeli choruje Pan/Pani na cukrzycę przed przyjęciem do szpitala proszę zjeść lekkie śniadanie. Jeżeli nie, to proszę nie jeść śniadania, przyjmując poranne leki popijając wodą/herbatą.

Do szpitala należy zabrać ze sobą: dowód osobisty, dokumentację medyczną jaką Pan/i posiada w domu, w tym wyniki badań uprzednio zleconych przez lekarza kwalifikującego do zabiegu, rzeczy osobiste (piżama, kaptcie, przybory toaletowe, ręcznik), 2 litry wody niegazowanej oraz leki przyjmowane na stałe w związku z inną chorobą (prosimy też o przygotowanie listy zażywanych leków i suplementów oraz informacji jakich leków pacjent nie powinien zażywać z powodu uczulenia lub nadwrażliwości). Przy przyjęciu do szpitala prosimy aby poinformować lekarza przyjmującego o alergiach i uczuleniach, a w trakcie pobytu w szpitalu zwracać uwagę na jakiegokolwiek zmiany kształtu lub koloru tabletek otrzymywanych codziennie, a także zgłaszać lekarzowi jakiegokolwiek reakcje lub efekty niepożądane.

Uprzejmie informujemy, że Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, przed zabiegami medycznymi związanymi z przerwaniem ciągłości tkanek, **zaleca odbycie cyklu szczepień przeciwko WZW typ B**. Prosimy o odpowiednio wczesne rozpoczęcie cyklu szczepień, jeśli Państwo się na nie decydują.

W przypadku **nagłego pogorszenia się stanu zdrowia i zauważenia następujących objawów**: nasilenie dolegliwości bólowych w klatce piersiowej, nasilenie duszności – prosimy o kontakt z lekarzem kwalifikującym do przyjęcia / tutejszą Izbą Przyjęć. W przypadku **braku możliwości zgłoszenia się pacjenta** w wyznaczonym terminie prosimy o bezzwłoczne przekazaniem nam takiej informacji. Wszelkie wątpliwości dotyczące planowanej hospitalizacji można wyjaśnić dzwoniąc na numer telefonu podany w nagłówku niniejszego formularza w godzinach 8:00 – 15:00 od poniedziałku do piątku.