



NUMER BADANIA:	_____/TK/____
DATA BADANIA:	___/___/____ (DD/MM/RRRR)
NAZWISKO:	
IMIĘ:	
DATA URODZENIA:	___/___/____ (DD/MM/RRRR)
WZROST:	
WAGA:	

ZGŁASZANE OBJAWY:

Czy w ostatnich 3 miesiącach występował u Pana/Pani ból, ucisk, ściskanie, pieczenie lub dyskomfort w klatce piersiowej TAK NIE

Czy objaw był zamostkowy lub promieniował do szyi, żuchwy, barku albo ramienia? TAK NIE

Czy objaw pojawiał się podczas wysiłku fizycznego lub stresu emocjonalnego? TAK NIE

Czy objaw ustępował w spoczynku lub po nitroglicerynie w ciągu 5 minut? TAK NIE

Jeśli nie było bólu w klatce piersiowej: czy głównym objawem była duszność wysiłkowa? TAK NIE

CZYNNIKI RYZYKA:

Czy u krewnego pierwszego stopnia (ojca, matki, brata, siostry, syna lub córki) wystąpił zawał serca, rozpoznano chorobę wieńcową lub wykonano angioplastykę wieńcową / wszczepienie stentu / pomostowanie aortalno-wieńcowe przed 55. rokiem życia u mężczyzny lub przed 65. rokiem życia u kobiety? TAK NIE NIE WIEM

Czy lekarz kiedykolwiek rozpoznał u Pana/Pani dyslipidemię (hipercholesterolemię, podwyższony cholesterol lub trójglicerydy) albo czy przyjmuje Pan/Pani leki z tego powodu (statyny, fibraty) ? TAK NIE NIE WIEM

Czy lekarz kiedykolwiek rozpoznał u Pana/Pani nadciśnienie tętnicze albo czy przyjmuje Pan/Pani leki z tego powodu ? TAK NIE NIE WIEM

Czy lekarz kiedykolwiek rozpoznał u Pana/Pani cukrzycę lub czy przyjmuje Pan/Pani insulinę albo leki przeciwcukrzycowe? (Nie dotyczy cukrzycy ciężkowej) TAK NIE NIE WIEM

Czy pali Pan/Pani tytoń? nigdy w przeszłości obecnie



ANKIETA PRZED PODANIEM LEKÓW (wypełnia pielęgniarka)

AZOTANY:	TAK	NIE	BBLOKERY:	TAK	NIE
Czy pacjent przyjął w ciągu ostatnich 48 godzin lek na zaburzenia erekcji lub nadciśnienie płucne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Czy pacjent ma blok przedsionkowo-komorowy II lub III stopnia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent ma rozpoznaną ciężką niedokrwistość?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Czy pacjent ma zespół chorego węzła zatokowego bez wszczepionego stymulatora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent ma podejrzenie lub rozpoznanie zwiększonego ciśnienia śródczaszkowego, świeżego krwawienia śródczaszkowego albo świeżego istotnego urazu głowy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Czy pacjent ma zdekompensowaną niewydolność serca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent ma znaną nadwrażliwość na nitroglicerynę, inne azotany lub azotyny?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Czy pacjent ma znaną nadwrażliwość na beta-adrenolityki?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent ma ciężką stenozę aortalną lub ciężką stenozę mitralną, albo kardiomiopatię przerostową z zawężeniem drogi odpływu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Czy pacjent ma aktywną astmę, świszczący oddech lub zaostrzenie choroby obturacyjnej płuc?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent ma jaskrę z zamkniętym/wąskim kątem przesączania?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Czy pacjent przyjmuje inne leki istotnie zwalniające przewodzenie lub rytm serca (np. werapamil, diltiazem, digoksynę, klonidynę)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> przebyty zawał serca	<input type="checkbox"/> przebyty udar	<input type="checkbox"/> miażdżyca kkd	<input type="checkbox"/> przyjmuje statyny
---	--	--	--

Ciśnienie tętnicze	TĘTNO					
Metoprolol i.v.	<input type="checkbox"/> brak	<input type="checkbox"/> 2,5 mg	<input type="checkbox"/> 5 mg	<input type="checkbox"/> 7,5 mg	<input type="checkbox"/> 10 mg	<input type="checkbox"/> 15 mg
Nitromint s.l	<input type="checkbox"/> brak		<input type="checkbox"/> 0,4 mg	<input type="checkbox"/> 0,8 mg		

MODYFIKACJE TECHNICZNE

<input type="checkbox"/> bez CaSC	<input type="checkbox"/> Bypassy	<input type="checkbox"/> ASNM	<input type="checkbox"/> z łukiem Ao	<input type="checkbox"/> faza późna
-----------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------

INFORMACJA ZWROTNA DLA LEKARZA KIERUJĄCEGO (Wypełniać w przypadku odstąpienia od badania):

Badanie możliwe do wykonania z przyczyn technicznych: TAK NIE

Czy możliwe jest powtórzenie badania: TAK NIE

Komentarz:	Podpis i pieczęć lekarza nadzorującego:



Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (RODO)

Imię i nazwisko pacjenta: _____

PESEL: _____

Data urodzenia: _____

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), wyrażam dobrowolną, świadomą i jednoznaczną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych szczególnych kategorii (danych medycznych w postaci obrazów z badań radiologicznych wykonywanych w tut. Placówce, w tym m.in. badań RTG, TK, MRI) w ramach prowadzenia działalności naukowej i badawczej przez:

Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Krakowie
ul. Wrocławska 1-3, 30-901 Kraków
(NIP: 6750006853, REGON: 000308219)

Obrazy te mogą zostać użyte w publikacjach naukowych, prezentacjach oraz innych formach upowszechniania wyników badań, pod warunkiem zachowania pełnej anonimowości – bez ujawnienia moich danych osobowych, które mogłyby umożliwić moją identyfikację.

Oświadczam, że:

- Zostałem/am poinformowany/a, że wyrażenie niniejszej zgody jest dobrowolne i mogę ją wycofać w dowolnym momencie, bez wpływu na proces leczenia ani inne świadczenia zdrowotne.
- Zostałem/am poinformowany/a o przysługujących mi prawach wynikających z RODO, w szczególności o prawie dostępu do danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia oraz wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.
- Zostałem/am poinformowany/a, że moje dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom trzecim w celach komercyjnych oraz że będą przetwarzane wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji wyżej wymienionego celu.

Data i miejsce: _____

Podpis pacjenta: _____