



**Katedra i Oddział Kliniczny Kardiochirurgii, Transplantologii,
Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej SUM**
Oddział Kardiochirurgii, Transplantacji Serca i Mechanicznego Wspomagania Krążenia
Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu, 41-800 Zabrze, ul. M. Curie-Skłodowskiej 9,
tel.: 32 37 33 857, 32/37 33 800, 801; tel./fax: 32 37 33 816

ANKIETA KANDYDATA DO MECHANICZNEGO WSPOMAGANIA KRĄŻENIA

1. Grupa krwi..... Rh.....

2. Data zgłoszenia:/...../20.....

3. Imię: **4. Nazwisko:** **5. Rok ur.:**

6. Waga (kg): **7. Wzrost (cm):** **8. BMI:** **9. BSA:**

10. Szpital i oddział zgłaszający pacjenta:

Adres szpitala:

Telefon: (.....).....

Lekarz wypełniający ankietę: tel.

11. Adres biocy:

kod pocztowy: województwo.....

telefon domowy: dodatkowy nr tel:

12. PESEL biocy: _ _ _ _ _ **13. Numer oddziału NFZ:**

14. Cel wspomagania (intencja przed wszczepieniem):

- regeneracja serca,
- pomost do decyzji (pacjent wymaga wspomagania przed pojęciem decyzji o transplantacji)
- pomost do transplantacji serca (pacjent jest już zakwalifikowany do transplantacji serca),
- pomost do potencjalnej transplantacji serca (pacjent zostanie zgłoszony do transplantacji serca),
- pomost do potencjalnej transplantacji serca (pacjent ma przeciwwskazania do transplantacji serca),
- terapia docelowa,
- inne

15. Rozpoznanie kliniczne:.....

- niewydolność serca w przebiegu choroby niedokrwiennej (klasa CCS),
- kardiomiopatia rozstrzeniowa,
- kardiomiopatia przerostowa,
- kardiomiopatia restrykcyjna,
- arytmogenna kardiomiopatia prawokomorowa,
- zapalenie mięśnia sercowego,
- wada zastawkowa
- choroba nowotworowa.....
- inne

16. Klasyfikacja INTERMACS:

- | | | |
|-------------|---|---|
| NYHA
IV | } | <input type="checkbox"/> I. wstrząs kardiogeny,
<input type="checkbox"/> II. postępująca dekompensacja (pomimo dożylnego wsparcia inotropowego),
<input type="checkbox"/> III. stabilny na wsparciu inotropowym (brak możliwości odstawienia leków inotropowych)
<input type="checkbox"/> IV. objawy w spoczynku (pomimo optymalnego leczenia zachowawczego),
<input type="checkbox"/> V. nietolerancja wysiłku (brak objawów w spoczynku), |
| NYHA
III | } | <input type="checkbox"/> VI. nietolerancja wysiłku (ale nie NYHA IV),
<input type="checkbox"/> VII. zaawansowane NYHA III. |

17. Data pierwszej diagnozy niewydolności serca:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> <1 miesiąca | <input type="checkbox"/> 1miesiąc – 1 rok temu | <input type="checkbox"/> 1-2 lata temu, |
| <input type="checkbox"/> 2-5 lat temu, | <input type="checkbox"/> >5 lat temu | <input type="checkbox"/> Nieznany |

18. Liczba hospitalizacji z powodu dekompensacji w ciągu 12 miesięcy poprzedzających zgłoszenie: ...

19. Biopsja mięśnia sercowego: NIE TAK rozp:

20. Koronarografia i rewaskularyzacja (data ostatniej koronarografii) :

- nigdy nie wykonano koronarografii,
- brak możliwości leczenia rewaskularyzacyjnego,
- zakwalifikowany do dalszego leczenia rewaskularyzacyjnego (PCI/CABG*) **niepotrzebne skreślić*
- przeprowadzono PCI (data + lokalizacja):
- przeprowadzono CABG (data + lokalizacja):

21. Poprzedzające mechaniczne wspomaganie krążenia:

- IABP: NIE TAK okres wspomagania:
- ECMO: NIE TAK rodzaj: okres wspomagania:

22. Czynniki ryzyka:

a) niepowodzenia zabiegu: wiek: lata, albuminy: g/L, kreatynina: umol/L, INR: 1/1

HMI risk score: ryzyko niskie (<10%), średnie (10-20%), wysokie (>20%) wypełnia SCCS

b) niewydolności prawokomorowej: zależność od leków podnoszących ciśnienie tętnicze (4 punkty),

AspAT ≥ 80 U/L (2 punkty), bilirubina ≥ 2 mg/dL lub 35umol/L (2,5 punkta),

kreatynina $\geq 2,3$ mg/dL lub 200umol/L (3 punkty)

RVFRS (Matthews Model): ryzyko niskie (≤ 3), średnie (4-5), wysokie ($\geq 5,5$) wypełnia SCCS

c) ryzyko powikłań krwotocznych: nadciśnienie tętnicze, nieprawidłowa funkcja nerek,

nieprawidłowa funkcja wątroby, udar w wywiadzie, krwawienie w wywiadzie,

niestabilny INR, wiek >65 lat, alkohol przyjmowany z lekami

HAS-BLED..... ryzyko niskie (0), średnie (1-2), wysokie 3) wypełnia SCCS

bilirubina: mg/mL, kreatynina: mg/mL, INR: 1/1 **MELD wypełnia SCCS (5p/15j)**

d) przebyte operacje (w tym kardiochirurgiczne):

data:..... -

data:..... -

e) obciążenia wynikające ze schorzeń innych narządów:

- płuc
- nerek
- wątroby
- cukrzyca (HbA1c.....)
- wywiad w kierunku innych chorób:

23. Wsparcie farmakologiczne:

Lek	Dawka i data rozpoczęcia:

24. Leczenie przeciwkrzepliwe:

kwas acetylosalicylowy: NIE TAK ASPI

klopidogrel/ tiklopidyna/ prasugrel: NIE TAK ADP

acenokumarol/ warfaryna/ dabigatran: NIE TAK INR

25. Badania serologiczne:

HBs Ag nieobecny / obecny **anty-HCV** nieobecne / obecne **anty-HIV** nieobecne / obecne

MRSA nos nieobecne / obecne **MRSA gardło** nieobecne / obecne

UWAGA! W przypadku ujemnego wyniku HBsAg, proszę o rozpoczęcie szczepienia ENGERIXEM B

26. Badanie UKG: data

LV: EDD / ESD /mm, EDV / ESV /ml, LVEF%

Obecność dyskinezy: NIE TAK w jakim obszarze.....

LAmm, LAA.....cm2, Ao wstępująca mm

RV: EDD / ESD /mm, EDV / ESV / ml, FAC % RAA cm2,

Ocena funkcji skurczowej komory prawej.....

TAPSE.....

Ocena zastawek:

MV grad. śr., MR, średnica pierścienia

TV grad. śr., MR, średnica pierścienia RVSP

AV grad. max / śr. / AR.....

PV grad. max / śr. /AT..... pień płucny.....mm PR.....

27. Ostatni wynik oznaczenia VO₂max ml/kg/min, RQ (RER), data

28. Pomiary hemodynamiczne

Data badania	Wyjściowo	po NPS/NTG/NO/milrinonie*
PA max/śr. (mmHg)		
PCWP (mmHg)		
TPG [PAm-PCWP] (mmHg)		
CO (l/min)		
CI (l/min/m ²)		
PVR [TPG/CO] (j. Wooda)		
BP (mmHg) pomiar krwawy		
CVP (mmHg)		

*próbę odwracalności proszę przeprowadzić u pacjentów z TPG \geq 12mmHg i/lub PVR \geq 2,5 j. Wooda

29. Aktualne wyniki badań laboratoryjnych:

MORFOLOGIA

Ht (L/L)	Hb (mmol/l)	Eryocyty (x10 ⁶ /μl)	Leukocyty (x10 ³ /μl)	Płytki (x10 ³ /μl)	OB (mm/h)

UKŁAD KRZEPNIECIA

Czas protr. (sec.)	Zaw. protr. (%)	INR	APTT (sec.)

BIOCHEMIA

Kreatynina (μmol/l)	Bilirubina (μmol/l)	Mocznik (mmol/l)	Białko (g/l)	Na (mmol/l)	K (mmol/l)	Mg (mmol/l)	ALB (g/l)	<u>ENZYMY</u> Aspat (U/l)	Alat (U/l)	GGT (U/l)

BADANIA INNE:

CRP (mg/l)	NT-proBNP (pg/ml)	PRA (%)

GFR - K (ml/min/1,73m ²)	GFR - C (ml/min.)	Cystatyna - C (mg/l)

30. Proszę dołączyć kartę informacyjną z aktualnego lub ostatniego pobytu w Oddziale Kardiologicznym.

31. Lekarz zgłaszający biorcę (data / podpis / pieczęć):

Data/...../20..... r. podpis i pieczęć lekarza

32. Wyrażam zgodę na zabieg wszczepienia Mechanicznego Wspomagania Krążenia i zostałem poinformowany o charakterze i ryzyku zabiegu.

Data/...../20..... r. podpis pacjenta.....

33. Decyzja o sposobie mechanicznym wspomaganii krążenia, rodzaj pompy do wspomagania:

34. Zespół kwalifikujący (Heart Team kardiochirurg i kardiolog) Data/...../20..... r.

Ankiety prosimy przysyłać na adres:

Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu

OKCH,TRS i MWK - Budynek „B”

41-800 Zabrze, ul. M. Curie Skłodowskiej 9

Tel.: 32 37 33 857; fax. 032 37 33 816 oraz e-mail: sek.mkw@sccs.pl