



**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 wszczęciem):**

- 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<br>IV  | } | <input type="checkbox"/> I. wstrząs kardiogeny,<br><input type="checkbox"/> II. postępująca dekompensacja (pomimo dożylnego wsparcia inotropowego),<br><input type="checkbox"/> III. stabilny na wsparciu inotropowym (brak możliwości odstawienia leków inotropowych)<br><input type="checkbox"/> IV. objawy w spoczynku (pomimo optymalnego leczenia zachowawczego),<br><input type="checkbox"/> V. nietolerancja wysiłku (brak objawów w spoczynku), |
| NYHA<br>III | } | <input type="checkbox"/> VI. nietolerancja wysiłku (ale nie NYHA IV),<br><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  $\geq 80$  U/L (2 punkty),  bilirubina  $\geq 2$ mg/dL lub 35umol/L (2,5 punkta),

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

**RVFRS (Matthews Model): ..... ryzyko niskie ( $\leq 3$ ), 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.....

LA .....mm,    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 VO<sub>2</sub>max ..... 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 <sup>2</sup> )		
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 <sup>6</sup> /μl)	Leukocyty (x10 <sup>3</sup> /μl)	Płytki (x10 <sup>3</sup> /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 <sup>2</sup> )	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](mailto:sek.mkw@sccs.pl)