

Tel: 377 103 497, 377 103 491, objednávky od 8:00 do 15:00 hodin

Jméno, příjmení, titul: ..... RČ: .....

Adresa: ..... Plátce ZP: .....

**Anamnéza (včetně časového údaje):**

1. Atypické potíže: .....
2. AP:            I.            II.            III.            IV.            nestabilní
3. IM:            lokalizace: .....
4. Ostatní formy ICHS: .....
5. Předchozí revaskularizace: .....
6. Srdeční vady: .....
7. Hlavní rizikové faktory:        kouření        lipidy        hypertenze        diabetes
8. Gravidita:    ano    ne

**Provedená vyšetření a jejich výsledky:**

1. Echokardiografie: .....
2. Zátěžový test (BE, isotopy, ...): .....
3. Vyšetření radiálních a femorálních tepen: .....

**Doplňující údaje:**

1. Alergie: .....
2. Současná medikace: .....

3. Výška/hmotnost: ..... cm ..... kg
4. Základní laboratoř (maximálně z posledních dvou týdnů):
 

<b>APTT</b>	Na	Hb
<b>INR</b>	K	leuko
urea	Cl	HTK
kreatinin	glykémie	trombo

5. Poznámky odesílajícího lékaře: .....

Protisrážlivá léčba
ASA
Clopidogrel
UFH
LMWH
Fondaparinux
Warfarin
Jiné:

**Jméno, příjmení, titul, adresa, telefon odesílajícího lékaře:** .....

 Datum: ..... .....  
razítko a podpis
**Prohlášení lékaře provádějícího výkon:**  
 Souhlasím s indikací k provedení lékařského ozáření.

 Datum: ..... .....  
razítko a podpis