

KOMPLEKSOWA INTERDYSCYPLINARNA DIAGNOSTYKA KARDIOLOGICZNA Z KONSULTACJĄ

IMIĘ I NAZWISKO _____ PESEL _____ DATA i GODZINA _____

DIAGNOSTYKA	PODSTAWOWA	ROZSZERZONA*	WYSOKOSPECJALISTYCZNA**
LABORATORYJNA	<input type="checkbox"/> Morfologia z rozmazem <input type="checkbox"/> Lipidogram <input type="checkbox"/> Glukoza na czczo <input type="checkbox"/> Kreatynina <input type="checkbox"/> Klirens kreatyniny <input type="checkbox"/> Kwas moczowy <input type="checkbox"/> Mocznik <input type="checkbox"/> hs CRP <input type="checkbox"/> OB <input type="checkbox"/> INR <input type="checkbox"/> APTT <input type="checkbox"/> Mocz – badanie ogólne <input type="checkbox"/> Sód <input type="checkbox"/> Potas	<input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> FT4 <input type="checkbox"/> FT3 <input type="checkbox"/> Hemoglobina glikowana <input type="checkbox"/> D-dimery <input type="checkbox"/> Fibrynogen <input type="checkbox"/> AST <input type="checkbox"/> ALT <input type="checkbox"/> GGTP <input type="checkbox"/> Bilirubina całkowita <input type="checkbox"/> Fosfataza zasadowa <input type="checkbox"/> Magnez <input type="checkbox"/> Wapń całkowity <input type="checkbox"/> Wapń zjonizowany <input type="checkbox"/> Poziom żelaza <input type="checkbox"/> Ferrytyna <input type="checkbox"/> TIBC <input type="checkbox"/> Mikroalbuminuria	<input type="checkbox"/> NT-proBNP <input type="checkbox"/> TnI <input type="checkbox"/> CK <input type="checkbox"/> CK-MB, aktywność <input type="checkbox"/> CK-MB, mass <input type="checkbox"/> Mioglobina <input type="checkbox"/> Homocysteina <input type="checkbox"/> Insulina
OBRAZOWA	<input type="checkbox"/> EKG spoczynkowe <input type="checkbox"/> EKG próba wysiłkowa <input type="checkbox"/> Echo serca	<input type="checkbox"/> Holter EKG 24h LUB <input type="checkbox"/> Holter RR 24h <input type="checkbox"/> USG Doppler tętnic szyjnych <input type="checkbox"/> USG żył kończyn dolnych <input type="checkbox"/> Wskaźnik uwap tętnic wieńc TK LUB <input type="checkbox"/> Echo próba obciążeniowa	<input type="checkbox"/> Angio TK serca LUB <input type="checkbox"/> MR serca
DODATKOWA	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
KONSULTACJA	<input type="checkbox"/> Konsultacja kardiologiczna	<input type="checkbox"/> Konsultacja kardiologiczna <input type="checkbox"/> Konsultacja obrazowa	<input type="checkbox"/> Konsultacja kardiologiczna <input type="checkbox"/> Konsultacja obrazowa

PODPIS LEKARZA

* obejmuje także podstawowy zakres badań laboratoryjnych i obrazowych

** obejmuje także rozszerzony zakres badań laboratoryjnych i obrazowych