**KARTA KWALIFIKACJI – PCSK9 PO ZAWALE**

Imię/nazw. pacjenta: …….…..………………………………………………………………

PESEL \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ tel. pacjenta ………………..

1. **Czy pacjent w ciągu ostatnich 12 m-cy przebył zawał zdiagnozowany w koronarografii ?**

 ⁪ TAK ⁪ NIE Data: ………….

**2. Czy pomimo intensywnego leczenia hipolipemizującego >3 m-ce od w/w zawału (w tym >1 m-c leczenie skojarzone z ezetimibem) LDL pacjenta wciąż przekracza 100 mg/dl (>2,5 mmol/l)?**

 ⁪ TAK ⁪ NIE ostatni pomiar z dnia ……………….., wartość LDL \_ \_ \_

**3. Czy pacjent od ostatniego zawału (bądź dłużej) przyjmuje statynę, obecnie w maksymalnej / maksymalnie tolerowanej dawce >3 m-ce?** ⁪ TAK ⁪ NIE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa | Od kiedy | Dawka obecna = maksymalna- jaka? |
| Atorwastatyna |  |  |
| Rosuwastatyna |  |  |
| Inna -jaka |  |  |
| Ezetimib - WYMAGANY |  |  |

Powód ewentualnego niestosowania dawki maksymalnej:

**KRYTERIA DODATKOWE**

4. Czy pacjent przebył **drugi incydent zawału**?

 ⁪ TAK ⁪ NIE Data: …………

Czy stwierdzono angiograficznie chorobę 2-3 naczyniową (zwężenia >50% w 2 różnych tętnicach wieńcowych)? ⁪ TAK ⁪ NIE Data tej koronarografii: …………

Naczynia ze zwężeniami >50% ⁪ PLTW ⁪ GPZ ⁪ Dg ⁪ GO ⁪ MG ⁪ PTW

5. Czy pacjent ma wywiad miażdżycowej choroby tętnic obwodowych **(PAD)** w postaci

- Chromania przestankowego ⁪ TAK ⁪ NIE

- Przebytej rewaskularyzacji tętnic obwodowych (w tym szyjnych; z wyłączeniem aorty)

 Data ………………….. ⁪ TAK ⁪ NIE

 - Miażdżycowej amputacji kończyn ⁪ TAK ⁪ NIE

6. Czy pacjent ma wywiad choroby miażdżycowej tętnic mózgowych w postaci

 - Przebyty udar **niedokrwienny** mózgu.

 - kiedy ………………….. ⁪ TAK ⁪ NIE

 - Przebyty **potwierdzony TIA**

 - kiedy ………………….. ⁪ TAK ⁪ NIE

Wypełnioną ankietę prosimy przesłać e-mailem na adres: **kardiologia@umed.lodz.pl**lub przez stronę [**www.kardio.umed.pl/PCSK9**](http://www.kardio.umed.pl/PCSK9) lub faxem na nr: **42 251-60-15**

 Data wypełnienia: ………………

Lekarz wypełniający:….…. .……………..……………..……………… / tel. …………...……