

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 leczenia 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 $\geq 50\%$ w 2 różnych tętnicach wieńcowych)? TAK NIE Data tej koronarografii:

Naczynia ze zwężeniami $\geq 50\%$ 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 lub faxem na nr: 42 251-60-15

Data wypełnienia:

Lekarz wypełniający:..... / tel.