

Remiss för implantation av ICD och CRT

Namn: _____ Pers nr: _____

Rem läkare: _____ Datum: _____

Klinik: _____

Önskad terapiICD sekundärprofylax ICD primärprofylax CRT-P CRT-D **Anamnes**Hjärtsvikt Debut, datum _____Hjärtstopp Datum _____ Mekanism _____Arytmi Om ja typ: _____

Bakomliggande grundsjukdom: _____

Övriga sjukdomarLungsjukdom/KOL Stroke Rökare Diabetes Njurinsufficiens Missbruk Demens Psykisk sjukdom Malignitet beskriv vilken _____**Befintlig device (bifoga om möjligt operationsberättelse)**Befintlig device Ja Nej

Om ja, typ _____ vilken sida _____

Senaste implantationsdatum _____ vid klinik _____

Medicinering (bifoga obligatoriskt den aktuella medicinlistan)Waran indikation _____NOAK preparat och dos _____ASA Ticagrelor Clopidogrel indikation _____Metformin Överkänslighet mot röntgenkontrast Läkemedelsallergier _____**Laboratorieprover**

Hb _____ Kreatinin _____ NtproBNP _____

EKG (den senaste remsan bifogas obligatoriskt)PQ= _____ ms QRS-bredd _____ ms. Grenblock: Vänster Höger LAH **Ekokardiografi.** Datum _____ (bifoga utlåtande)

EF _____ LVEDD _____

Coronarangiografi

Datum _____ Resultat _____

Genomgången PCI de senaste 6 månaderna **Funktionsförmåga**Funktionsklass NYHA: I II III IV Angina Ja Nej Generell narkos bedöms indicerad med hänsyn till pats tillstånd **Beslut:** Datum: _____ Läkare: _____ICD sek. profylax ICD prim. profylax CRT CRT-D Konv pace Avslag Företag _____ Representant ska närvara Ja Nej Narkoshjälp - sedering Generell narkos Preoperativ narkosbedömning