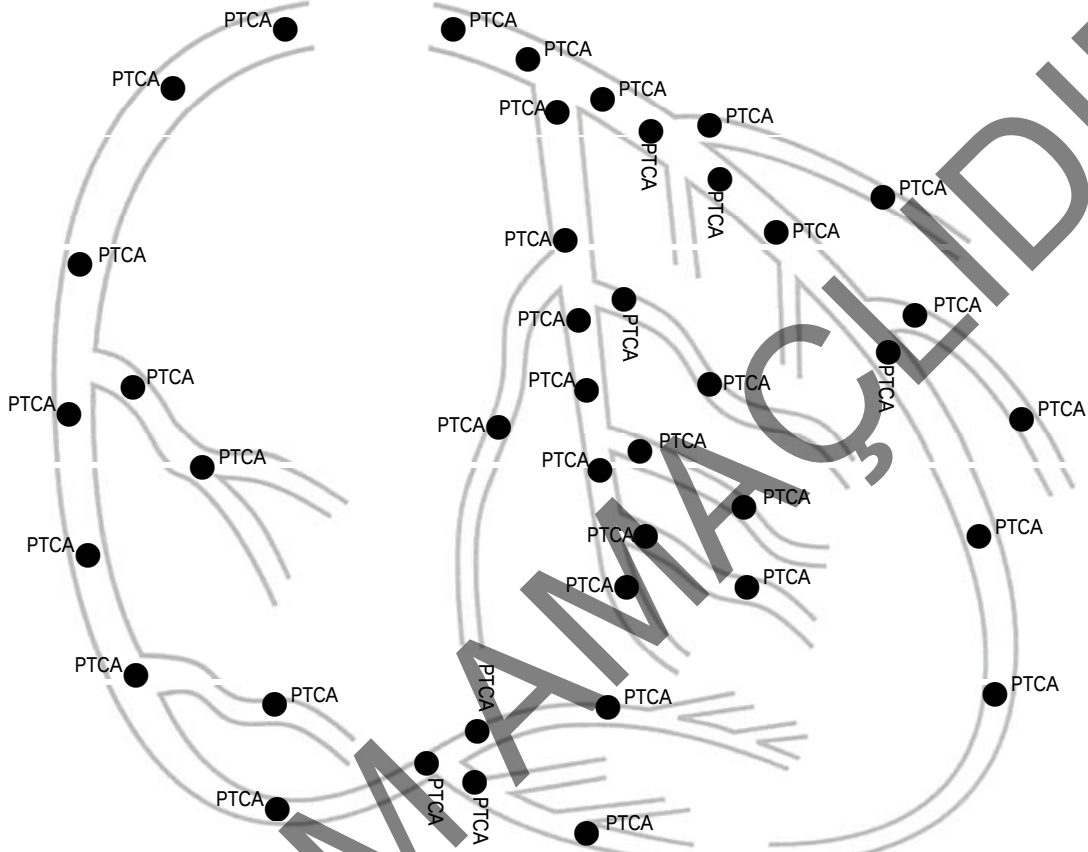




**TÜRKİYE KALP HASTANESİ**  
**KARDİYOLOJİ KLİNİĞİ**  
**PTCA-STENT RAPORU**

Adı Soyadı : **İLK KAYIT**  
Yaş - Cinsiyet : **70 KADIN**  
Boy - Kilo : **180 80**  
Doğum Yeri : **ANKARA**  
S. Güvence : **YEŞİL KART**  
Telefon : **123456789**

Tarih :  
Protokol No. : **000000001**  
Arşiv No. : **123**  
Önceki Arşiv No. : **321**  
Girişim Yeri :  
İşlemi Yapan Dr. :



Girişim Yapılan Damar :  
**YORUM :**

**SONUÇ :**



**TÜRKİYE KALP HASTANESİ**  
**KARDİYOLOJİ KLİNİĞİ**  
**PTCA-STENT RAPORU**

Hikaye :

Göğüs Ağrısı : ☐ Tipik ☐ Atipik ☐ Stable ☐ Unstabl  
MI : ☐ Var ☐ Yok  
Major Risk Faktörleri: ☐ HT ☐ DM ☐ Hiperlipid ☐ AÖ ☐ Sigara ☐ Obezite  
Minör Risk Faktörleri: ☐ Fibrinojen ☐ Hiperhomosist. ☐ Menapoz ☐ İnaktivite  
☐ Lip (a) ☐ Alkol ☐ Oral Kontraseptif ☐ Behavior-A

TA : mmHg Nabız : vuru/dk.

EKG :

Koroner Anjiyografi

EDB : mmHg

Ventrikülografi :

LAD :

CX :

RCA :

Tanı : KORONER ARTER HASTALIĞI

Konsey Kararı : KONSEY

Daha önce PTCA :

Daha önce Stent :

Daha önce By-Pass :

**PTCA uygulanan damar :**

Lez.tipi :

Darlık % :

PTCA son Darlık % :

Balon Bilgileri Marka :

Çap :

Uzunluk :

Guide-wire : ☐ Floopy ☐ Standart ☐ Intermed ☐ Eks.support

Guiding kateter :



**TÜRKİYE KALP HASTANESİ**  
**KARDİYOLOJİ KLİNİĞİ**  
PTCA-STENT RAPORU

| Balonun şişirilme süresi ve atmosferi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Lezyon-1 | Lezyon-2 | Lezyon-3 | Lezyon-4 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|
| <p>Komplikasyonlar : <input type="checkbox"/> Ölüm <input type="checkbox"/> Tam tıkanma <input type="checkbox"/> Aritmi<br/><input type="checkbox"/> Non-Q MI <input type="checkbox"/> Eleastik recoil<br/><input type="checkbox"/> Diseksiyon <input type="checkbox"/> Q MI<br/><input type="checkbox"/> Acil By-pass <input type="checkbox"/> Perforas</p>                                                                                                                                  |          |          |          |          |
| <p>Stent implantasyonu : <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok<br/>Stent impl. nedeni : <input type="checkbox"/> Restenoz <input type="checkbox"/> Akut tıkanma <input type="checkbox"/> Diseksiyon<br/><input type="checkbox"/> Suboptimal sonuç <input type="checkbox"/> Total oklüzyon</p> <p>Stent Bilgileri Marka :<br/>Çap :<br/>Uzunluk :<br/>Şiş.süre :<br/>Şiş. atm :<br/>Stent sonucu: <input type="checkbox"/> Başarılı <input type="checkbox"/> Başarısız</p> |          |          |          |          |
| <p>Kontrol Anjiyo : <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok<br/>Kontrol Anjiyo Tarihi :</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |          |          |          |
| <p>Diğer Girişimsel İşlemler : <input type="checkbox"/> IVUS <input type="checkbox"/> TEC <input type="checkbox"/> Cutting-balon<br/><input type="checkbox"/> Doppler-wire <input type="checkbox"/> Direksiy. Aterektomi<br/><input type="checkbox"/> Rotablatör <input type="checkbox"/> Lazer</p>                                                                                                                                                                                           |          |          |          |          |