

## „ZADBAJ O SERCE”

Program ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej dla mieszkańców Piotrkowa Trybunalskiego i okolic  
współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu  
Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie „Zadbaj o serce”

**Zalecenie udziału w Programie rehabilitacyjno-edukacyjnym dla pacjentów kardiologicznych  
wypełnia lekarz prowadzący (kardiolog, kardiochirurg lub lekarz POZ)**

Imię i nazwisko pacjenta : .....

PESEL lub data urodzenia: .....

Nr telefonu: .....

Adres zamieszkania (miejscowość, gmina, powiat, kod pocztowy, nr domu): .....

.....

**Pacjent kwalifikuje się do (proszę o zaznaczenie X grupy adresatów Programu, do którego można zakwalifikować pacjenta):**

pacjenci ze <u>stabilną chorobą niedokrwinną serca</u> , w tym pacjenci <u>po ostrym zespole wieńcowym (ACS/OZW)</u> , u których czynniki ryzyka (palenie tytoniu lub ciśnienie tętnicze $\geq 140/90$ mmHg lub stężenie cholesterolu LDL $\geq 1,8$ mmol/l ( $\geq 70$ mg/dl) lub stężenie hemoglobiny glikowanej $\geq 7\%$ lub stężenie glukozy na czczo $\geq 7,0$ mmol/l ( $\geq 126$ mgdl) lub wskaźnik masy ciała $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> ) nie są wystarczająco kontrolowane	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

pacjenci z <u>niewydolnością serca (HF)</u> i pacjenci <u>po zabiegach kardiologicznych</u> , jeśli nie ma możliwości uczestniczenia w programie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej prowadzonej w warunkach szpitalnych lub na oddziale/w ośrodku dziennym, a stan kliniczny pacjenta pozwala na uczestniczenie w ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

**Czynniki ryzyka (proszę o podanie wartości w oparciu o aktualne wyniki badań):**

1. palenie tytoniu .....
2. ciśnienie tętnicze .....mmHg
3. stężenie cholesterolu LDL .....mmol/l lub..... mg/dl
4. stężenie hemoglobiny glikowanej .....% lub
5. stężenie glukozy na czczo .....mmol/l lub .....mgdl)
6. wskaźnik masy ciała (BMI) .....kg/m<sup>2</sup>

.....  
Data

.....  
podpis os. przeprowadzającej badanie

