

Hasta Adı - Soyadı		Gönderen Hekim:
Cinsiyeti:	Boy (cm) - Kilo (kg):	Gönderen Kurum:
Doğum Yılı:	Mesleği:	☐ SGK ☐ Özel ☐ Ücretli

Hekim Notu/ Epikriz:	İşlem Tarihi : Tanı- ICD10 Kodu: (barkod)
ŞİKAYETİ:	

TIBBİ ÖZGEÇMİŞ	(By-pass-CABG) ☐ H ☐ E CAG (Anjio) ☐ H ☐ E EKO ☐ H ☐ E	Tarih/Detay:
	MI (Enfarktüs) ☐ H ☐ E	
	Kullandığı İlaçlar (En son aldığı tarih- saat belirtilerek)	
	Kronik Hastalıklar	☐ HT ☐ DM ☐ KAH ☐ Hepatit ☐ Böbrek Yetmezliği
	Fiziksel Sorunlar	☐ Obezite ☐ Deformite ☐ Yürüme Güçlüğü ☐ Uzunvuru
	Alışkanlıklar	Sigara: ☐ H ☐ Epaket/yıl
	Protez/Cihaz	☐ Kalp Pili ☐ Meme Protezi ☐ Ortopedik Protez:

STRESE TESTİ	Stres Protokolü:		☐ Efor	☐ Dobutamin	☐ Adenozin	☐ Dipiridamol
	EFOR BİLGİLERİ	Egzersiz Protokolü			Bazal T.A.	
		Bazal Kalp Hızı (%)			Maks. Egzersiz T.A.	
		Ulaşılan Kalp Hızı (%)			EKG Değişikliği	
		Egzersiz Süresi			Göğüs Ağrısı	
	Farmakolojik İlaç Doz Bilgisi					
GÖRÜNTÜLEME	Çekim Protokolü:		☐ Tek Gün ☐ Çift Gün			
	STRES Doz:		Pozisyon: Ek Görüntüleme ☐	Enjeksiyon Zamanı: Pozisyon/Çekim Zamanı:	Çekim Zamanı:	
	REST Doz:		Pozisyon: Ek Görüntüleme ☐	Enjeksiyon Zamanı: Pozisyon/Çekim Zamanı:	Çekim Zamanı:	
DEĞERLENDİRME						

Enjeksiyon Yapan:
Ad-Soyad / İmzaÇekim Yapan:
Ad-Soyad / İmza