Zespół Opieki Zdrowotnej w Końskich

ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOŃSKICH
Nr księgi rej. 000000014586
Szpital Specjalistyczny im. Św. Łukasza
Szpital Specjalistyczny im. Św.Łukasza Kod V: 01
Szpitalny Oddział Ratunkowy
GIMNAZJALNA 41b, 26-200 Końskie
tel. 413902231
Kod VII: 021, Kod VIII: 4902
REGON: 260076450 NIP: 6581705655

Szpitalny Oddział Ratunkowy

KARTA INFORMACYJNA

Nazwisko i imię: **MACIEJSKA Stanisława**
Płeć: **K**
Data urodzenia: **1947-04-27** Wiek: **78 lat**
PESEL: **47042711949**
Adres: **26-212 Miedzierza 129**
Data przyjęcia: **2025-08-12 15:03** L. wyk. oddz.: **Ks.O/18221/2025** L. wyk. gł.: **Ks.I/28296/2025**
Data wypisu: **2025-08-12 18:11**
Strefa oddziału: **Niezabiegowa**

Szpitalny Oddział Ratunkowy 2025-08-12 15:03 do dnia 2025-08-12 18:11

ROZPOZNANIA:

I48: Migotanie i trzepotanie przedsionków

BADANIA LABORATORYJNE:

	2025-08-12
Morfologia krwi (pełna)	
Leukocyty (tys/µl) *[3,98 - 10,04]*	6,8
Erytrocyty (mln/µl) *[3,90 - 5,10]*	3,84 L
Hemoglobina (g/dl) *[12 - 16]*	12,3
Hematokryt (%) *[34,10 - 44,90]*	37
MCV (fl) *[79,40 - 94,80]*	97 H
MCH (pg) *[25,60 - 32,20]*	32
MCHC (g/dl) *[32,20 - 35,50]*	33,0
RDW-SD (fl) *[36,40 - 46,30]*	45,9
RDW-CV (%) *[11,70 - 14,40]*	13,0
Płytki krwi (tys/µl) *[125,30 - 396,20]*	208
PDW (fl) *[9,80 - 16,20]*	11,9
MPV (fl) *[9,40 - 12,50]*	10,4
PCT (%) *[0,17 - 0,38]*	0,2
P-LCR (%) *[19,10 - 46,60]*	28,0
Neutrofile (tys/µl) *[1,78 - 6,04]*	4,47
Limfocyty (tys/µl) *[1,30 - 3,40]*	1,75
Monocyty (tys/µl) *[0,31 - 0,92]*	0,38
Eozynofile (tys/µl) *[0,03 - 0,39]*	0,14
Bazofile (tys/µl) *[0,01 - 0,09]*	0,0 L
Neutrofile (%) *[40,80 - 70,39]*	66,0
Limfocyty (%) *[21 - 50]*	25,8
Monocyty (%) *[5,10 - 11,20]*	5,6
Eozynofile (%) *[0,40 - 6,60]*	2,1

	2025-08-12							
Bazofile (%) [*0,20 - 1,30*]	0,4							
Niedojrzałe granulocyty IG % (%) [*0 - 0,60*]	0,10							
Niedojrzałe granulocyty IG il. (tys/µl) [*0 - 0,09*]	0,01							
PT (INR)								
Czas protrombinowy (sek) [*10 - 16*]	14,1							
Wskaźnik protrombiny (%) [*80 - 120*]	81							
INR [*0,80 - 1,20*]	1,31 H							
APTT (sek) [*25,90 - 36,60*]	40,9 H							
Elektrolity (Na, K)								
Sód (mmol/l) [*136 - 146*]	144							
Potas (mmol/l) [*3,50 - 5,10*]	4,2							
Mocznik								
Mocznik (mg/dl) [*19 - 43*]	30							
Azot mocznika (mg/dl) [-]	14,02							
Kreatynina								
Kreatynina (mg/dl) [*0,51 - 0,95*]	0,96 H							
eGFR (ml/min/1,73m2) [-]	59,8							
CRP (mg/l) [*0 - 5*]	4,84							
TSH (µIU/ml) [*0,27 - 4,20*]	2,280							

ZALECONE LECZENIE:

Kody dostępowe e-Recept:
- 5691 (Zarixa)

E-RECEPTY:

Zarixa, kod dostępowy: 5691

TRYB WYPISU:

skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym

ZAKAŻENIE:

Brak zakażenia

...ZA:

Migotanie przedsiopnków-przetrwałe od >48 godzin. pierwszy raz rozpozanane
.od niedzieli rano napad kołatania serca i duszność. W EKG migotanie przedsionków-pierwszorazowe rozpoznanie . Leczona z powodu nadciśnienia tętniczego . Ze względu na czas trawnia arytmii nie wykonywano kardiowersji. Włączono na stałe antykoagulant doustny. (do końca życia). Po 4 tyg leczenia bedzie można przywrócić rytm zatopkowy (o ile nie wystąpi samoistny powro t rytmu zatokowego-do wykonania EKG za ok 3 tyg)

Przyjmowane leki: Bisocard 2.5

ZALECENIA:

Bisocard 5 1x1 tabl rano
Zarixa 20 1x1 tabl wieczorem (bezterminowo-na stałe)-odpłatność 30%-w migotaniu przedsionków nie obowiązuje refundacja S
Zarixa należy do leków zmniejszających krzepliwość krwi. Lek ten należy przyjmować regularnie wg zaleceń a odstawiać wyłącznie po konsultacji z lekarzem.
W przypadku wystąpienia objawów takich jak krwioplucie, krew w stolcu lub stolec smolisty, znaczące krwawienie z nosa lub dziąseł, rozległe siniaki, należy pilnie skontaktować się z lekarzem. Stosowanie w/w leków może wiązać się z podwyższonym ryzykiem w przypadku urazów, iniekcji domięśniowych (powstanie krwiaka), w związku z czym może być wskazana modyfikacja leczenia przez lekarza.
W przypadku konieczności wykonania zabiegów z przerwaniem ciągłości tkanek, także stomatologicznych, należy wcześniej skontaktować się z lekarzem prowadzącym, w celu modyfikacji leczenia.

Potwierdzam odbiór karty informacyjnej oraz wszystkich dostarczonych przeze mnie dokumentów

Data i podpis pacjenta/opiekuna:

Lekarz wypisujący:	*Kierownik SOR:*
Arkadiusz PĘKALA lekarz, NPWZ: **1737695** specjalista chorób wewnętrznych, kardiologii	**Marek CHAŁUBIŃSKI** lekarz, NPWZ: **8046350** specjalista chorób wewnętrznych, medycyny ratunkowej