FORMULÁŘ: 8 - KATETRIZAČNÍ ABLACE

1. IDENTIFIKACE PRACOVIŠTĚ A PŘÍPADU

1.1 IČO, PČZ a název zdrav. zařízení	< A >		**1.2 Kód a název pracoviště**	< A >	
1.3 Datum výkonu (P)		[DDMMYYYY]	**1.4.2 Zapsal / Lékař** (P)		
1.5 Typ výkonu	**7 - implantabilní generátory**	**1.6 Kód případu** (centrální)	< A >	**1.7 Lokální kód případu** (N)	

2. PACIENT

2.3 RČ (bez lomítka) (P)		**2.1 Jméno a 2.2 Příjmení**			
2.4 Narozen	< A >	**2.5 Věk**	< A >	**2.6 Pohlaví**	< A >
2.7 Místo bydliště (obec) (P)		**2.9 Stát bydliště** (P)		**2.10 Pojišťovna** (P)	
2.11 Výška [cm] (P)		**2.12 Váha** [kg] (P)		**2.13 BMI** *(automatiky)*	< A >

2.18 Typ výkonu (P) *(nejsložitější prováděný výkon)* ○ 1 **Ablace AV uzlu** ○ 2 **Ablace konvenční** ○ 3 **Ablace komplexní**

3.1 ANAMNÉZA A KLINICKÉ CHARAKTERISTIKY PACIENTA

3.1.1 Diabetes mellitus (P)		**3.1.3 Renální selhání** (P)	
○ 0 **NE**		○ 0 **NE**	
○ 1 **ANO**	**3.1.2 Druh léčby DM** (N)	○ 1 **ANO**	*pokud stadium CKD 3 - CKD 5 (glomeruální filtrace < 60 ml/min/1,73 m²), vyplňte:*
	○ 1 dieta	**3.1.4 Dialýza** (N)	
	○ 2 PAD	○ 0 **NE**	*odpovídá stadiu CKD 5 (end stage, eGFR<15 ml/min nebo dialýze)*
	○ 3 insulin	○ 1 **ANO**	*odpovídá stadiu CKD 3-4 (eGFR 15-60 ml/min)*

3.6.7 LS rozměr (mm, PLAX) (N), *celé číslo*		**3.6.8 Ejekční frakce LK** [%] (N), *celé číslo*	
3.1.7 Srdeční selhání (P)	○ **NE** ○ **ANO**	**3.1.12 Předchozí chirurgická ablace** (P)	○ **NE** ○ **ANO**
3.1.8 Hypertenze (P)	○ **NE** ○ **ANO**	*pokud* **3.1.12 = ANO**, *zadejte datum předchozí ablace; je-li znám pouze měsíc, uveďte 01.MM.RRRR; je-li znám pouze rok, uveďte 01.01.RRRR*	
3.1.10 Neurologické onemocnění (CMP/TIA) (P)	○ **NE** ○ **ANO**		
3.1.11 Cévní ateroskleróza (P)	○ **NE** ○ **ANO**	***3.1.13 Datum předchozí chirurgické ablace*** *(pP)*	

3.2 INTERVENOVANÉ ARYTMIE *(alespoň 1 z 9 typů arytmií musí být zaškrtnutá)*

1. ☐ **3.4.1 #1. Flutter síní I. typu** (P)

2. ☐ **3.4.2 #2. AVNRT** (P)

3. ☐ **3.4.3 #3. Ablace AV junkce pro síňová tachyarytmii** (P)

4. ☐ **3.4.4 #4. Fibrilace síní (selektivní ablace)** (P) *pokud je **zaškrtnuto**, vyplňte další údaje*

3.4.5 Typ fibrilace síní *(pP) (povinné pro selektivní ablace)*	***3.4.6 Oblast ablace*** *(pP) (povinné pro selektivní ablace)*	
○ 1 paroxysmální	☐ 1 plicní žíly	☐ 4 CS
○ 2 perzistující	☐ 2 LS - zadní segment	☐ 5 PS
○ 3 perzistující dlouhodobě	☐ 3 LS - přední segment	

5. ☐ **3.4.7 #5. Přídatná dráha (PD)** (P) *pokud je **zaškrtnuto**, vyplňte další údaje*

3.4.8 Typ přídatné dráhy *(pP) (povinné pro PD)*	***3.4.9 Lokalizace přídatné dráhy*** *(pP) (povinné pro PD)*
○ 1 Manifestní	○ 1 Levostranná (volná stěna)
○ 2 Skrytá	○ 2 Paraseptální
	○ 3 Pravostranná (volná stěna)

3.4.10 Spojka **- upřesnění** (N)	***3.4.11 Další spojka*** (N) ○ **NE** ○ **ANO**
	*pokud **ANO**, upřesněte další spojku:* ***3.4.12 Další spojka – upřesnění*** *(pP)*

6. ☐ **3.4.13 #6. Komorová tachyarytmie (KT)** (P) *pokud je **zaškrtnuto**, vyplňte další údaje*

3.4.14 Typ komorové tachykardie *(pP) (povinné pro KT)*	***3.4.15 Základní příčina komorové tachykardie*** *(pP) (povinné pro KT)*
○ 1 Tachykardie	☐ 1 PK - RVOT
○ 2 Extrasystoly	☐ 2 PK - mimo RVOT
○ 3 Tachykardie i Extrasystoly	☐ 3 PK - epikard
3.4.15 Základní příčina komorové tachykardie *(pP) (povinné pro KT)*	☐ 4 LK - endokard NS
☐ 1 idiopatická	☐ 5 LK - vrchlík
☐ 2 ICHS	☐ 6 LK - bulbus aorty
☐ 3 DKMP	☐ 7 LK - papilární svaly
☐ 4 HKMP	☐ 8 LK - epikard
☐ 5 ARVC	☐ 9 převodní systém
☐ **9 Jiná** - *pokud je vybráno, upřesněte:*	☐ **99 Jiná** - *pokud je vybráno, upřesněte:*
3.4.16 Jiná základní příčina komorové tachykardie - upřesnění *(pP), text*	***3.4.18 Jiná lokalizace komorové tachykardie - upřesnění*** *(pP), text*

FORMULÁŘ: 8 - KATETRIZAČNÍ ABLACE

7. ☐	**3.4.19 #7. Síňová tachykardie** (P)	*pokud je **zaškrtnuto**, vyplňte další údaje*
	***3.4.20 Typ síňové tachykardie** (pP) (povinné pro **síňovou tachykardii**)*	
	☐ 1 Fokální z PS	
	☐ 2 Fokální z LS	
	☐ 3 Makroreentry (atyp. flutter) z PS	
	☐ 4 Makroreentry (atyp. flutter) z LS	

8. ☐	**3.4.21 #8. Bradyarytmie** (P)	*pokud je **zaškrtnuto**, vyplňte další údaje*
	***3.4.22 Porucha uzlu** (pP) (povinné pro **bradyarytmii**)*	***3.4.23 Ablace** (pP) (povinné pro **bradyarytmii**)*
	○ 1 Porucha SA uzlu	☐ 1 Ablace v PS
	○ 2 Porucha AV uzlu	☐ 2 Ablace v CS
	○ 3 Porucha SA uzlu Porucha AV uzlu	☐ 3 Ablace v LS

8. ☐	**3.4.24 #9. Jiná arytmie** (P)	*pokud je **zaškrtnuto**, vyplňte další údaje*
	***3.4.25 Jiná arytmie - upřesnění** (pP) (povinné pro **jiné arytmie**)*	

7 POPIS VÝKONU

7.1 Popis výkonu		**Mapování** *(alespoň 1 ze 3 typů mapování musí být zaškrtnutý)*	
7.1.9 Přístupy (P)	**7.1.11 Navigace** (P)	1. ☐	**7.1.13 Mapování – Konvenční** (P)
☐ 1 Endokardiální žilní	☐ 1 Manuální	2. ☐	**7.1.14 Mapování – Elektroanatomické** (P) *upřesněte:*
☐ 2 Endokardiální arteriální	☐ 2 Stereotaxe		○ 1 CARTO
☐ 3 Endokardiální transseptální			○ 2 Ensite
☐ 4 Epikardiální			○ 3 Affera
☐ **9 Jiný** – *pokud je vybráno, upřesněte:*	☐ **9 Jiný** - *pokud je vybráno, upřesněte:*		○ 4 Rhythmia
***7.1.10 Jiný přístup – upřesnění** (pP)*	***7.1.12 Jiná navigace – upřesnění** (pP)*		○ 5 Acutus
		3. ☐	**7.1.16 Mapování – jiné** (P) *pokud je vybráno, upřesněte:*

7.7 ZOBRAZENÍ PROCEDURÁLNÍ A POMOCNÉ

7.7.1 Rentgen (P)	○ **NE** ○ **ANO**		**7.7.6 Zobrazení pomocné - CT** (P)	○ **NE** ○ **ANO**	
7.7.2 ICE (P)	○ **NE** ○ **ANO**		**7.7.7 Zobrazení pomocné - MR** (P)	○ **NE** ○ **ANO**	
7.7.3 Rotační angiografie (P)	○ **NE** ○ **ANO**				
7.7.4 Jiné zobrazení (P)	○ **NE** ○ **ANO**	*pokud **ANO**, upřesněte:*			
***7.7.5 Jiné zobrazení – upřesnění** (pP)*					

7.8 POUŽITÉ PROSTŘEDKY

7.8.1 Ablační katetr (P)		
☐ 1 4mm bez irigace	☐ **8 Multipolární** - *pokud je vybráno, vyberte z číselníku:*	***7.8.2 Specifikace multipolárního ablačního katetru** (pP)*
☐ 2 8mm bez irigace	☐ **99 Jiný** - *pokud je vybráno, upřesněte:*	○ 1 FaraWave
☐ 3 4mm s irigací	***7.8.3 Jiný ablační katetr – upřesnění** (pP) (text)*	○ 2 Sphere-9
☐ 4 Kontaktní síla		○ 3 Sphere-PVI
☐ 5 Bipolární konfigurace		○ 4 PVAC
☐ 6 Kryokatetr balonkový		○ 5 nMARq
☐ 7 Kryokatetr bodový (6 mm)		

7.9 ABLAČNÍ VÝKON *(alespoň 1 z 6 typů energií, musí být zaškrtnutý)*

1. ☐	**7.9.1 Radiofrekvenční energie,** *pokud je **zaškrtnuto**, vyplňte čas*	2. ☐	**7.9.3 Pulzní elektrické pole,** *pokud je **zaškrtnuto**, vyplňte čas*
	***7.9.2 Čas - radiofrekvenční** [sekundy] (pP)*		***7.9.4 Čas - pulzního elektr. pole** [sekundy] (pP)*
3. ☐	**7.9.5 Kryoenergie,** *pokud je **zaškrtnuto**, vyplňte čas*	4. ☐	**7.9.7 Laserová energie,** *pokud je **zaškrtnuto**, vyplňte čas*
	***7.9.6 Čas kryoenergie** [sekundy] (pP)*		***7.9.8 Čas - laseru** [sekundy] (pP)*
5. ☐	**7.9.9 Alkohol**	6. ☐	**7.9.10 Jiná energie,** *pokud je **zaškrtnuto**, upřesněte*

7.9.12 Celková anestezie (P)	**7.1.5 Skiaskopický čas** [min] (P), *max 1 desetinné č.*	***7.1.7 Skiaskopická dávka - jednotka** (povinné, je-li zadaná dávka)*
○ **NE** ○ **ANO**		○ 1 mGy.m2 [převod: x 1000]
7.1.4 Délka výkonu [min] (P)	**7.1.6 Skiaskopická dávka** (N), *max 3 desetinná čísla*	○ 2 cGy.cm2 [převod: x 1]
		○ 3 mGy.cm2 [převod: x 0,1]
		○ 4 µGy.m2 [převod: x 1]

FORMULÁŘ: 8 - KATETRIZAČNÍ ABLACE

Pokyny pro vyplňování:

1. **Povinnost vyplnění:**
   a) (P) – položka je povinná
   b) (N) – položka je nepovinná
   c) *(pP)* - položka je podmíněně povinná, tedy povinná za určité podmínky. Jedná se buď o upřesnění hodnoty „jiná“, nebo upřesnění pro určitý typ generátoru nebo elektrody.

2. **Obecně:**
   a) V sekcích, kde jsou položky označené symbolem „**O“** lze vybrat pouze jednu z dané sekce.
   b) V sekcích, kde jsou položky označené symbolem „**☐“** lze vybrat libovolný počet položek z dané sekce.
   c) **Značka < A >**: položka, ve které je v papírové podobě Formuláře umístěna značka **< A >** se nevyplňuje. V elektronické podobě bude automaticky vyplněna systémem.

3. **Vysvětlení pojmů Kód případu (centrální) vers. Kód výkonu (lokální):**
   a) **Kód případu** (centrální) - je číslo (kód) intervence v rámci Národního Registru; nevyplňuje se - je generováno systémem.
   b) **Kód výkonu** (lokální) - je číslo intervence v rámci daného pracoviště. Jeho tvar je dán zavedenými zvyklostmi daného katlabu.