REPUBLIC OF BULGARIA
NOVI PAZAR MUNICIPALITY
Mayor's phone:+ 359 + 0537 /2 3466
Fax:: + 359 + 0537 / 2 40 10
Fax: +359+0537/95530

http://novipazar.acstre.com
E-mail: npazar@icon.bg

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
ОБЩИНА НОВИ ПАЗАР
КМЕТ телефон:+359 + 0537 /2 3466
Факс: + 359 + 0537 /2 40 10
Факс:+359+0537/95530
Зам кмет :
телефон +359 + 0537 /95523
+359 + 0537 /95525

Община Нови пазар е сертифицирана по ISO 9001:2015

ДО
ПРЕДСЕДАТЕЛЯ
НА ОБЩИНСКИ СЪВЕТ
ГР.НОВИ ПАЗАР

ОБЩИНА Нови пазар
Изх No. 08-01-78
17.05. 2022 г
ПК 9900

ОБЩИНСКИ СЪВЕТ-НОВИ ПАЗАР
Вх. № 00-119
17.05. 2022г.
П.К. 9900

ПРЕДЛОЖЕНИЕ

от ГЕОРГИ ГЕОРГИЕВ
Кмет на Община Нови пазар

ОТНОСНО: Отпускане на еднократна финансова помощ за лечение на Ф А Д

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ПРЕДСЕДАТЕЛ,
УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА ОБЩИНСКИ СЪВЕТНИЦИ,

Представям на Вашето внимание Заявление – декларация от Ф А Д от гр. Нови пазар, общ. Нови пазар, регистрирано в общинска администрация с вх. № ДР-1943/29.12.2021 г. за отпускане на еднократна финансова помощ за лечение.

Ф Д развелен, живее сам и е баща на двама сина. Имал е дъщеря, която е починала, издаден смъртек акт

По данни от представените епикризи, г-н Д се е лекувал в СБАЛ по Кардиология Мадара - гр. Шумен, УМБАЛ СЪРЦЕ И МОЗЪК, гр. Плевен с основна диагноза - Трифасцикуларен блок - синдром на Фредерик+ДББ+ЛПФБ - Имплантация на Векс, пермаментно предсърдно мъждене, хипертонична болест и придружаващи заболявание - артериална хипертония, диспипинемия, алкохол, където му е направена имплантация на постоянен кардиостимулатор

Ф Д не получава никакви доходи , нито е регистриран в бюро по труда.

Молбата на лицето е да му бъде изплатена сумата без разходнооправдателни документи.

Предвид гореизложеното предлагам Общински съвет да вземе следното

РЕШЕНИЕ:

На основание чл. 21, ал.1, т. 23, т 8 и ал. 2 от ЗМСМА, във връзка с чл. 4, т. 10 от Правилник за отпускане на еднократна финансова помощ на жителите от Община Нови пазар приет с Решение № 44 от 28.01.2016 г. и Решение № 201, т.7.2 от 28.01.2021 г., на Общински съвет Нови пазар

РЕШИ:

1. Отпуска еднократна финансова помощ на Ф А Д в размер на 50,00 лв.
2. Средствата да се осигурят от бюджета на Община Нови пазар, дейност „Общинска администрация" §4214 срещу представяне на разходооправдателни документи.

ГЕОРГИ ГЕОРГИЕВ
Кмет на Община Нови пазар

Съгласували:
Златина Таскова – *зам. кмет на Община Нови пазар*

Жанета Желязкова – *н-к отдел „ХП и ППСН"*

Проверил:
Боряна Кирякова – юрисконсулт в Община Нови пазар

Изготвил
Маринела Петрова – *мл. експерт „СД"*

Приложение №1

ДО
КМЕТА
НА ОБЩИНА
НОВИ ПАЗАР

ОБЩИНА Нови пазар
Регистриран на дата
Срок за изпълнение

ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ ДР-1943/29.12.2021

Данни на кандидата:

..... С ..... А ..... Д ..... (име, презиме и фамилия)

Постоянен адрес: гр./с. Нови пазар, община Нови пазар

Област .....№ бл. ....., вх. ....., ет. ....., ап. .....

ул. .....

Настоящ адрес: гр./с. Нови пазар, община Нови пазар

Област .....,

ул. ..... № ....., бл. ....., вх. ....., ет. ....., ап. .....

телефон за връзка: .

Данни на законния представител на кандидата:

.....

(име, презиме и фамилия)

Постоянен адрес: гр./с. ....., община .....

Област .....,

ул. .....№ ....., бл. ....., вх. ....., ет. ....., ап. .....

Настоящ адрес: гр./с. ....., община .....

Област .....,

ул. ..... № ....., бл. ....., вх. ....., ет. ....., ап. .....

телефон за връзка: .....

УВАЖАЕМИ/А Г-Н/Г-ЖО КМЕТ,

Желая да ми бъде отпусната еднократна финансова помощ за:

(подчертава се вида на исканата еднократна помощ)

1. Пострадалот природни бедствия/пожари, наводнения, земетресения, урагани, мълнии и др. /с временно/ трайно нарушение на здравето/инвалидност над 90%.
2. Дете с тежки остри или хронични заболявания, лечението на което не се покрива на 100% от НЗОК.
3. Пострадал при злополука с временно или трайно нарушение на здравето.
4. Столетник.
5. Задоволяване на инцидентно, непредвидимо и извънредно възникнали здравни проблеми, *(ако разходите за лечението надвишава десетократния размер на минималната работна заплата за страната.)*
6. Закупуване на животоспасяващи и скъпоструващи медикаменти, невключени в актуалния позитиве лекарствен списък на НЗОК.
7. Диагностициране на редки заболявания, нефинансирани от НЗОК.
8. Еднократна помощ за животоспасяваща операция, извършена в рамките на финансовата или 12-ти месец на предходната година.

9. Покриване на разходите за специализиран транспорт на болно лице и придружителят му при извършване на животоспасяваща интервенция.
10. Възстановяване на щети от бедствия /природни явления, инциденти и аварии/.
11. За осигуряване на временен подслон.
12. Помощ при кандидатстване във ВУЗ.
13. Помощ за подготовка на абитуриенски бал.

ДЕКЛАРИРАМ:

I. Семейно положение:

Декларатор: ....

(име, презиме, фамилия)

ЕГН:. **Семейно положение:** .....разведен .....

Съпруг/съпруга: .....

(име, презиме, фамилия)

ЕГН: .....,
Постоянен адрес: гр./с. ....., **община** .....
Област .....,
ул. ....**№** ....., **бл.** ....., **вх.** ....., **ет.** ....., **ап.** .....
Настоящ адрес: гр./с. ....., **община** .....
Област .....,
ул. .... **№** ....., **бл.** ....., **вх.** ....., **ет.** ....., **ап.** .....
телефон за връзка

II. Социална група

Декларатор:		**Съпруг (съпруга)**	
☐ Работещ	☒ Безработен	☐ Работещ	☐ Безработен
☐ Осигурен	☐ Неосигурен	☐ Осигурен	☐ Неосигурен
☐ Пенсионер	☐ Учащ се	☐ Пенсионер	☐ Учащ се
☐ Друго.		☐ Друго.	

III. Здравословно състояние

Декларатор:		**Съпруг (съпруга)**	
☐ здрав	☒ с ЛКК	☐ здрав	☐ с ЛКК
☐ с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК	☐над 90%	☐ с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК	☐над 90%
☐ над 90% с ЧП	☐ от 50 до 69,99%	☐ над 90% с ЧП	☐ от 50 до 69,99%
☐ от 70 до 89,99%		☐ от 70 до 89,99%	

IV. В състава на семейството ми има/няма членове на възраст до 18 г., и те са:

(вярното се подчертава)

Име, презиме, фамилия		**ЕГН**	**Посещава училище**	**Здравословно състояние:**	
1.			☐ ДА ☐ НЕ	☐ здрав ☐ с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК ☐ над 90% с ЧП ☐ от 70 до 89,99%	☐ с ЛКК ☐над 90% ☐ от 50 до 69,99%
2.			☐ ДА	☐ здрав	☐ с ЛКК

			☐ НЕ	☐ с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК ☐ над 90% с ЧП ☐ от 70 до 89,99%	☐над 90% ☐ от 50 до 69,99%
3.			☐ ДА ☐ НЕ	☐ с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК ☐ над 90% с ЧП ☐ от 70 до 89,99%	☐над 90% ☐ от 50 до 69,99%

V. Декларирам, че ИМАМ/НЯМАМ деца, на възраст над 18 г., и те са:

(вярното се подчертава)

№	Име, презиме, фамилия	ЕГН	Постоянен адрес	Родствена връзка с декларатора
1.				
2.				

VI. Декларирам, че съжителствам/ не съжителствам със следните лица:

(вярното се подчертава)

№	Име, презиме, фамилия	ЕГН	Постоянен адрес	Родствена връзка с декларатора
1.				
2.				
3.				

VII. Лица, задължени по закон да осигуряват издръжка (на декларатора):

№	Име, презиме, фамилия	ЕГН	Постоянен адрес	Родствена връзка с декларатора
1.				
2.				

VIII. Декларирам, че доходите на семейството ми/на съжителстващите с мен лица през предходните шест месеца са общо: ……0…….. лв.

IX. Обитавано жилище:

Състои се от ……2…… Стаи (без преходен хол, кухня и сервизни помещения).

Собственост на:

☒ собствено

☐ държавно/ведомтсвено

☐ общинско
☐ не притежавам

1. Жилището, което обитавам (в т.ч. членовете на моето семейство/съжителстващите с мен лица) е единствено за семейството ми:
☒ ДА ☐ НЕ

2. Жилището, което обитавам (в т.ч. членовете на моето семейство/съжителстващите с мен лица) не е застраховано в застрахователна институция и имам документ за собственост:
☒ ДА ☐ НЕ

X. Декларирам, че притежавам следната друга недвижима собственост и движима собственост: .....
.....
.....
.....
.....

XI. Декларирам, че **съм/не съм** сключил/а договор за предоставяне на собственост срещу задължение за издръжка и/или гледане. *(вярното се подчертава)*

XII. Декларирам, че съм/не съм получавал помощи на същото основание от друг орган или друга/и институция. (вярното се подчертава)

Съгласен/а съм Община Нови пазар да съхранява и обработва личните ми данни, съгласно изискванията на Закона за защита на личните данни, които предоставям във връзка с подадено Заявление-декларация за получаване на еднократна финансова помощ от бюджета на Община нови пазар. ☒ ДА ☐ НЕ

При промяна на обстоятелствата и условията, при които подавам настоящето Заявление-декларация до датата на вземане на Решение от Общински съвет-Нови пазар, относно същото, се задължавам в три дневен срок да уведомя Община Нови пазар. ☒ ДА ☐ НЕ

Прилагам следните документи:
1. Експертно решение от ТЕЛК/НЕЛК/ДЕЛК/РЕЛК,: ☐ ДА ☒ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО
2. Епикриза ☒ ДА ☐ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО
3. Фактури за извършените разходи ☒ ДА ☐ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО
4. Документи за дохода на членовете на семейството за предходните 6 месеца
☐ ДА ☐ НЕ ☒ НЕПРИЛОЖИМО
5. Разпореждане от НОИ за размера на отпусната/и пенсии ☐ ДА ☒ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО
6. Декларация за доходите *(ако лицетоне работи)* ☐ ДА ☒ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО
7. Служебна бележка за регистрация в Дирекция „Бюро по труда".
☐ ДА ☒ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО

8. Удостоверение за родствени връзки, издадено не по-късно от шестмесечен срок преди датата на подаване на документите. ☐ ДА ☐ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО

9. Документ удостоверяващ наличие на бедствие, авария или пожар, удостоверено от надлежен орган (лице) ☐ ДА ☒ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО

10. Документ за собственост ☐ ДА ☐ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО

11. Други *(моля опишете)* .....

.....

Известно ми е, че за декларирани от мен неверни данни нося наказателна отговорност по чл.313 от НК.

Дата: 23.12.2021г.
гр. Нови пазар

ДЕКЛАРАТОР: ..
(подпис)

REPUBLIC OF BULGARIA
NOVI PAZAR MUNICIPALITY
Mayor's phone:+ 359 + 0537 /2 3466
Fax:: + 359 + 0537 / 2 40 10
Fax: +359+0537/95530
http://novipazar.acstre.com
E-mail: npazar@icon.bg
novipazar@novipazar.bg

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
ОБЩИНА НОВИ ПАЗАР
КМЕТ телефон:+359 + 0537 /2 3466
Факс: + 359 + 0537 /2 40 10
Факс:+359+0537/95530
Зам кмет :
телефон +359 + 0537 /95523
+359 + 0537 /95525

Община Нови пазар е сертифицирана по ISO 9001:2015

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
към чл.10, ал.1, т.1 от
Вътрешните правила за защита
на лични данни в Община Нови пазар

ДЕКЛАРАЦИЯ
ЗА СЪГЛАСИЕ НА СУБЕКТА НА ДАННИ

Аз, долуподписан/ият/ата
.... ,
(*име, фамилия , друга информация за идентификация*)

с настоящото декларирам, че давам съгласието си Община Нови пазар
.....,
(*посочва се трета страна, обработващ при необходимост*)

да обработва и съхранява моите лични данни, в качеството на администратор на лични данни за целите на административното обслужване, във връзка с :
.....Заявление – Декларация.....
(*изрично уточнявате целите, които се преследват с обработването на тези лични данни*)

Съзнавам, че мога да оттегля моето съгласие по всяко време.
Съзнавам, че оттеглянето на съгласието ми по-късно няма да засегне законосъобразността на обработването, основано на даденото сега съгласие.

Дата: 23.12.2021г

Декларатор:

Получено от: .....на.....
(*име, фамилия и подпис на длъжностното лице*) (*дата*)

ПОЛИТИКАТА ЗА ЗАЩИТА НА ЛИЧНИ ДАННИ на Община Нови пазар е публикувана на интернет страницата на Община Нови пазар www.novipazar.acstre.com, както и в центъра за административно обслужване, кметствата на населените места на територията на община Нови пазар

СБАЛ ПО КАРДИОЛОГИЯ МАДАРА
ул. "Васил Ап
тел: 054/801 260, факс:

МАДАРА

ЕПИКРИЗА

Уважаеми колега, благодарим Ви, че ни дадохте възможност да лекуваме Вашия пациент:
Име: Ф А Д
ЕГН:
ИЗ: I
Адрес: Нови Пазар
Постъпил на: 16/11/21 г. Изписан на: 19/11/21 г.

ДИАГНОЗА: I45.3 ТРИФАСЦИКУЛАРЕН БЛОК: СИНДРОМ НА ФРЕДЕРИК+ДББ+ЛПФБ - ИМПЛАНТАЦИЯ НА ВЕ КОРОНАРНИ АРТЕРИИ С НЕСИГНИФИКАНТНИ СТЕНОЗИ. I34.0 I36.1 УМЕРЕНИ МИТРАЛНА И ТРИКУСПИДАЛ РЕГУРГИТАЦИИ. I50.1 ХЛСН III ФК ПО NYHA. I11.0 ХИПЕРТОНИЧНА БОЛЕСТ III СТАДИЙ, ТЕЖКА СТЕПЕН.
ПРИДРУЖАВАЩИ ЗАБОЛЯВАНИЯ:
КП № 017.1: ИНВАЗИВНА ДИАГНОСТИКА ПРИ СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Бърз Ag тест за SARS-Cov2 - негативен /16.11.2021 г./

От анамнезата:
Анамнезата е снета по данни на пациента и придружаващата го документация. Постъпва за първи път в клиникат 15.30 днес получил силна гръдна болка с продължителност над 30 мин., поради което потърсил лекарска помощ ЦСМП. Имерено АН 200/100mmHg, впръскани Изокет спрей и аплициран Хлофазолин, след което оплавканията намалели, но не изчезнали напълно. На ЕКГ в СПО регистрирани исхемичи ST-T промени и брадикардия поради което насочен за СКАГ и евентуално коронарна интервенция. Съобщава за лесна умора и тежест в гърдите с по-с интензитет при минимални физически усилия от около 1 седмица, както и аритмична сърдечна дейност предимно вечер.
Минали сърдечно-съдови инциденти и предшестващи хоспитализации за сърдечно-съдови заболявания: няма.
Минали и придружаващи заболявания: Артериална хипертония от години, с максимални стойности 210/100 mm обичайни стойности 10/80 mmHg на фона на непровеждана медикаментозна терапия. Пациентът не съобщава кървене от ГИТ. Апендектомия. ДПХ.
Терапия при постъпването: няма
Редовно приемане на ASA - Не
Рискови фактори: мъжки пол, възраст, тютюнопушене, артериална хипертония, дислипидемия, алкохол, фамилн обремененост - отрича.
Отрича контакт с болни от ОЗЗ.

Обективно състояние:
Мъж на видима възраст, отговаряща на действителната, в задоволително общо състояние, заема активно положе в леглото, адекватен, ориентиран за време, място и самоличност. Ръст 169 см; Тегло 65 кг. Кожа - мургава, запаз тургор. Видими лигавици – бледорозови. Шия – шийни вени – б.о. ПЛВ и щитовидна жлеза не се палпират увелич Дихателна система – симетричен гръден кош, ДЧ 17/мин, двете гръдни половини вземат еднакво участие в дишан сонорен перкуторен тон, везикуларно дишане, сухи свиркащи хрипове двустранно. ССС – без патологични пулсац деформации в прекордиума, ритмична сърдечна дейност, СЧ 37/мин., ясни сърдечни тонове, без шумове, АН 140 mmHg. Без шумове на ренална и каротидна област. Корем – на нивото на гръдния кош, респираторно подвижен, неболезнен при палпация. Черен дроб на ребрена дъга. Слезка не се палпира увеличена. Сукусио реналис – двустранно отрицателно. Крайници – без отоци, запазени пулсации на периферните артерии. Без шумове на a. femoralis.

Изследвания: Левкоцити (Leu) - 6,74; Еритроцити (Er) - 4,08; Хемоглобин (Hb) - 131; Хематокрит (Ht) - 0,398; Тро (Tr) - 168; Протромбиново време - 95,8; INR - 1,06; aPTT - 30,7; Глюкоза - серум - 4,3; Креатинин - серум - 62; Холе 3,68; Триглицериди - 0,51; HDL - 1,57; LDL - 1,83; Креатинфосфокиназа - серум - 145....82; КК-МВ - 17...13; Тропони имунохроматологично - под 0,200...под 0,200; Калий - 4,17; Натрий - 138,9; Хлорид - 108,2;

ЕКГ:
При постъпване: ПМ+пълен AV блок /синдром на Фредерик/, камерна честота 37/мин, лява ел. позиция, STE - I ДББ+ЛПФБ, негативни Т-вълни - I, aVL, V1-V5.
При изписване: ПМ+пълен AV блок /синдром на Фредерик/, камерна честота 50/мин, лява ел. позиция, ДББ+ЛГ негативни Т-вълни - I, aVL, V1-V5.

Протокол за ултразвуково изследване:
Ляво предсърдие/LA: 40 mm, площ - 20 cm²;
Дясно предсърдие/RA: площ - 24 cm²
ЛЯВА КАМЕРА:
ТДО/EDV - 113 ml; ТСО/ESD - 73 ml

Зерно с оригинала:

ФИ/EF по Симпсън - 36 %;
МКП/IVS - 14 mm; ЗСЛК/LVPW - 14 mm
КИНЕТИКА: дифузна хипокинезия.
Аорта на ниво:
Анулус - 20 mm; Възходяща - 30 mm
Дясна камера/RV: 31 mm; TAPSE - 15 mm;
Митрална клапа/MV: дискордантна. Теръринг на ПМП. MiR II ст.
трансмитрален кръвоток: Vt. E = 0.89 m/s, DT - 290 ms
TDI /septal/: Sm - 11.1 cm/s; Em - 10.3 cm/s;
Аортна клапа/AV: трикуспидна. AoR 0-I ст.
V max = 1,4 m/s, PG = 8 mmHg
Трикуспидална клапа/TV: TrR II ст. с ексцентричен джет; TrR velocity - 3,0 m/s
Вероятно систолно налягане в ДК - 45 mm Hg
Пулмонална клапа/PV: интактна, нормален кръвоток.
Други: спокоен перикард, аневризма на междупредсърден и интактен междукамерен септум. С наличие на B-line.
ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Редуцирана ФИ на ЛК при дифузна хипокинезия. ЛКХ. Диастолна дисфункция. Умерени митрална и трикуспидална регургитации. Лекостепенна вторична пулмонална хипертония.

Сърдечна катетеризация: № 1563/16.11.2021 контраст (Conta Media): 80ml. Достъп: a.radialis dextra et v. femoralis dextra
ВИД ПРОЦЕДУРА: ЛСК със СКАГ на лява и дясна коронарни артерии.
ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Десен тип коронарна циркулация. LCA: Ствол- без стенози с кинк. LAD- неравности, без стенози, кинк-ки дистално. LCx- неравности, без стенози. RCA- неравности, 30% стеноза при кинк проксимално.
Поради брадиаритмия СЧ- 30/мин- индикация за ВЕКС: през венозен интродюсер 6F в v. femoralis dex. се пласира пейсмейкърен електрод в ДК, вкл. в режим VVI със зададена честота 60у/мин.
ДИАГНОЗА: Коронарни артерии с несигнификантни стенози. Имплантация на ВЕКС.

Обсъждане: Касае се за 61-годишен пациент с рискови фактори за ИБС, постъпващ за СКАГ, за диагностично уточняван спешен порядък, поради новопоявили се ангинозни оплаквания и РПН /трифасцикуларен блок/. От ЕхоКГ - редуцирана Ф на ЛК при дифузна хипокинезия,умерени митрална и трикуспидална регургитации.При направеното инвазивно изследван установихме коронарни артерии с несигнификантни стенози. Поради брадиаритмия СЧ - 30/мин. се имплантира ВЕКС в режим VVI със зададена честота 60у/мин. Пациентът се обсъди от сърдечен тим, състоящ се от кардиолог, инвазивен кардиолог, кардиохирург /д-р Богданов - УМБАЛ "Сърце и мозък" гр. Плевен/ и се прецени за консервативно лечение по отношение на коронарната патология и поставяне на ПЕКС. С оглед клиничните данни и резултатите от направените лабораторни и инструментални изследвания се прие горепосочената диагноза. Препоръчваме лечението на пациента да продължи с по-долу посочените медикаменти. Поради толериране на сърдечната честота, липса на МАС и хемодинамич стабилност се отстрани електрода на ВЕКС. Пациентът настоява да бъде изписан, въпреки обяснените му медицински рискове.

Консултативни прегледи: не се наложи осъществяването на такива.
Проведена терапия в клиниката: хепарин при инвазивното изследване; лидокаин 2%/10 мл - лок. анестезия; изокор 5м нитронал 1фл, NaCl 0,9%, апири 100мг - 3; езомепразол 40мг - 1; фуросер 20мг - 2; кардифренд 5мг 0-0-1; фурантрил 40 0-0; спиронолактон 25мг 1-0-0; роста 20мг 0-0-1; ланзацид 30мг 1-0-0.
Ход на заболяването: Без усложнения след процедурата.
Настъпили усложнения: Няма.
Статус при изписването: Пациентът се изписва без оплаквания, със стабилна хемодинамика, ССС - АН 140/80mHg; СЧ 50, спокойно пункционно място. ДС - чисто везикуларно дишане.
Изход от заболяването: С подобрение
Препоръки за хигиенно-диетичен режим – подробно обяснени на пациента от лекуващия лекар. Ограничаване на готварската сол, диетичен режим, изключващ храни, богати на животински мазнини и захар. Подходяща физическа акти за възрастта и заболяванията.
Терапия за дома: Eliquis 5mg 1-0-1; Furanthril 40mg 1-0-0; CF319 Spironolacton 25mg 1-0-0; CG737 Tamayra 5/5mg 1-0-1; CG257 Rossta 20mg 0-0-1; LanzAcid 30mg 1-0-0;

При промяна на лечението, отговорността се носи от направилия промените!

Препоръки към семейния лекар: контрол на рисковите фактори, артериално налягане, сърдечна честота, корекция на терапията при нужда. Насочва се за диспансерно наблюдение
Контролни прегледи: в СБАЛ по Кардиология, на адрес ул
03.12.2021 г. и на 17.12.2021 г. анни за ВБИ.

Начал[illegible] отделение:
/д-р Никола[illegible]

Лекуващ[illegible]
/д-р Д. Ди[illegible] И. Ганчев

При изписването на пациента са дадени на ръка два броя епикризи, ЕКГ, катетеризационен протокол.

Получил:
/Филип Атанасов Димов/

Кръвно е обвеселяващо!

МБАЛ СЪРЦЕ И МОЗЪК
Плевен 5800, ул. Пиер Кюри №2, тел.: 064 678 400, факс 064 678 500
info@heartandbrain.bg, www.heartandbrain.bg

СЪРЦЕ
МОЗЪК
ПЛЕВЕН
УНИВЕРСИТЕТСКА Б

Клиника по кардиология

ЕПИКРИЗА

Име: Ф А Д
ЕГН:
Адрес: гр./с. Нови пазар,
Телефон:
Постъпил/а на: 25/11/21 Изписан на: 28.11.2021 г.
Алергия: не съобщава.

ДИАГНОЗА: I44.2 AV- БЛОК III СТ. I48 ПЕРМАНЕНТНО ПРЕДСЪРДНО МЪЖДЕНЕ. ИМПЛАНТИРАН ПО ЕДНОКУХИНЕН КАРДИОСТИМУЛАТОР ST. JUDE MEDICAL, ENDURITY CORE РЕЖИМ VVIR. I34.0 ЛЕКОС ВТОРИЧНА МИТРАЛНА РЕГУРГИТАЦИЯ. I 36.1 ЛЕКОСТЕПЕННА ТРИКУСПИДАЛНА РЕГУРГИТАЦИЯ ХРОНИЧНА СЪРДЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ II ФК ПРИ ЛЕКО ПОТИСНАТА ФРАКЦИЯ НА ИЗТЛАСКВАНЕ Н КАМЕРА. I11.0 ХИПЕРТОНИЧНА БОЛЕСТ III СТ

И.З. № 13649/2021
Клинична пътека №: 19.1 Постоянна електрокардиография – с имплантация на антибрадикарден пейсмейкър – едно или двукамерен

Анамнеза: ДИАГНОЗА: I45.3 ТРИФАСЦИКУЛАРЕН БЛОК. ПЪЛЕН AV БЛОК. ДББ. ЛПФБ. I36.1 ЛЕКОСТ МИТРАЛНА РЕГУРГИТАЦИЯ. I50.0 ХЛСН III Ф. КЛ. ПО NYHA. I11.0 ХИПЕРТОНИЧНА БОЛЕСТ III СТ.

Анамнезата е снета по данни на пациента и прудружаващата медицинска документация. Постъпва в кли за първи път с оплаквания гръдно стягане, прескачане на сърцето. На 16.11 е хоспитализиран в СБ Шумен по повод силна гръдна болка- проведена Коронарография с резултат коронарни арте несигнификантни стенози.Поради ЕКГ регистрирана брадиаритмия и трифасцикуларен блок е импла ВЕКС в режим VVI с честота 60 удара в минута. Последен прием на Еликвис- 24.11. Насочен е към МБАЛ и Мозък" за имплантиране на постоянен пейсмейкър.
Минали и придружаващи заболявания:
Отрича кървене от ГИТ.
Вредни навици:
Фамилна анамнеза:
Алергии: отрича
Терапия в дома:

Общ клиничен, сърдечен и съдов статус: Мъж на видима възраст отговаряща на действителната. В общо състояние. Глава и шия - б.о. Щитовидна жлеза не се палпира увеличена. Кожа и видими лига бледорозови. Дихателна система: симетричен гръден кош, двустранно везикуларно дишане, ясен перку тон, без прибавени хрипове. Сърдечно съдова система: Ритмична сърдечна дейност, без прибавени шу АН: 135/80 СЧ:41 уд./мин. Корем: мек, неболезнен, на нивото на гръдния кош. Черен дроб и слезка палпират увеличени. Сукусио реналис - отрицателно двустранно. Крайници: топли, без отоци. Пери пулсации - запазени.

ЕКГ при постъпването: предсърдно мъждене, AV- блок III ст, заместителен камерен
QRS-170 msec.
ЕКГ при изписването: предсърдно мъждене, деснокамерна апикална стимулация с чест
msec

ЕхоКГ: Лява камера: ТДР/ТСР:54,7/36,49 mm ТДО/ТСО: 105/40,6 ml; ФИ по Симпсън:45 %; Се
ЗСЛК:13,2 mm Кинетика: запазена Ляво предсърдие:56,2/41,3, площ: 20,6 см2 Аорта: Анулус: 1
Валсалва: 32,3 mm; ; Аортна клапа: трикуспидна Ринг: мм АоИ до I ст. Митрална клапа: дис
дегенеративно променени платна, без патологичен градиент. МиИ: лекостепенна, ERO: 0.12 sm2, Vol:
PG 21 mmHG. с централен джет. Трикуспидална клапа: ТрИ: лекостепенна р-я, Дясно предсърдие: 59
площ:17.8 см2 Дясна камера: базален диамтър: 30,1 мм TAPSE: 35 мм СНБА: 35 mmHg Гулмонална к
интактна Долна куха вена: 22.2 mm дилатирана, под 50% инспираторен колапс Перикард: без изливи Плев
без изливи
Заключение:ЛКХ. Леко намалена систолна функция на лява камера. Дилатирано ляво и дясно предсърдие. Л
митрална регургитация. Лекостепенна пулмонална хипертония.

Лабораторни изследвания: От дата: 25.11.2021

Бърз тест - COVID-19 Ag - отрицателен ; От дата: 25.11.2021

Калий - 3.81 ; Натрий - 141.0 ; Хлориди - 105.7 ; Глюкоза - 4.25 ; Урея - 9.5 ; Креатинин - 51.0 ; Холестерол - 3.
Триглицериди - 0.67 ; HDL - холестерол - 1.23 ; LDL-calc - 2.0 ; Аспартат аминотрансфераза (ASAT) - серум - 30
Аланин аминотрансфераза (ALAT) - серум - 38.4 ; Креатин киназа (CK) - 44.0 ; CK MB - 13.6 ; Тропонин T hs - 0.
; eGFR - CKD EPI формула - 110 ; WBC - 5.79 ; Gra - 3.85 ; Lym - 1.22 ; Mon - 0.51 ; Eo - 0.19 ; Bas - 0.02 ; St - 0.2 ; M
- ; Gra % - 66.5 ; Lym % - 21.1 ; Mon % - 8.8 ; Eo % - 3.3 ; Bas % - 0.3 ; St % - 0.001 ; Mid % - ; RBC - 4.07 ; HGB - 131
HCT - 0.398 ; MCV - 97.8 ; MCH - 32.2 ; MCHC - 329.0 ; RDWc - 12.3 ; PLT - 224.0 ; PCT - 24.0 ; MPV - 10.5 ; PDWc - 1
; P-LCR - 27.8 ; Протромбиново време PT /s/ - 13.9 ; Протромбиново време - INR - 1.04 ; aPTT - 34.5 ; D-диме
370.0 ;

Рентгенография на сърце и бял дроб: **От дата: 26/11/21** Рентгенография на гръден кош и бял др
Рентгенография на гръден кош. Наложен едноелектроден ПЕКС вляво.

Уплътнени хилусни сенки и усилен хилусен и перихилерен съдов рисунък.

Свободни странични КДС.

Двустранни пневмофиброзни промени, по-изразени вдясно базално.

ССС- срединно разположена.КТИ - над 50%.Заключение: Двустранни пневмофиброзни промени. В
инфилтрати в паренхима.

От дата: 27/11/21 Рентгенография на гръден кош и бял дроб: Рентгенография на бял дроб и сърце в пра
положение – фас и профил:

Състояние след имплантиран едноелектроден ПЕКС вляво, субклавикуларно с връх на електрода проекцион
в дясна камера.

Рентгенпозиивни марли проекционно в областта на имплантация.

Двустранно разгънати белодробни половини, без данни за инфилтративни засенчвания в паренхима.

Дискретно уплътнени перихилерен съдов рисунък и хилусни сенки.

Добре дефинирани очертания на диафрагмалните куполи.

ен страничен КДС. Дискретно скъсен ляв.

разположена сърдечна сянка.

ение: Състояние след имплантиран едноелектроден ПЕКС вляво. Разгънати белодробни поло
ват данни за инфилтративни засенчвания.

Протокол от имплантация на постоянен кардиостимулатор №: 2852/2021

Пейсмейкър
Производител: St. Jude Medical
Модел: Endurity Core
Режим: VVIR
Сериен номер: 6167511
Базова честота: 70/min
Магнитна честота: 100/min
Амплитуда: 0.875 V Auto
Ширина на вълната: 0.4 ms

Камерен електрод: Tendril STS, CPT117480
Производител: St. Jude Medical
Фиксация: активна
Тип: биполярен
Стероидно покритие: да
Тип конектор: IS-1, 3.2 mm
NBL code: **BASS**

Проведено лечение: Fraxiparine 0,6; Ceftriaxone, Genatmicin, Tamayra 5/5 mg 2x1 капс, Spironolacton 25 г табл/сутрин, Rossta 10 mg 1 табл/вечер

Обсъждане: Касае се за 61-годишен пациент, насочен към клиниката за имплантация на посто кардиостимулатор по повод на пълен AV- блок при предсърдно мъждене. От направената ехокардиограф лява камера с леко потисната систолна функция, дилатирано ляво предсърдие и несигнификантни кл лезии. На 26.11.2021 г при местна анестезия се имплантира постоянен еднокухонен кардиостимулатор Endurity Core режим VVIR. Без перипроцедурни усложнения, верифицирано с направените рентгенографи гръден кош. Пациентът се изписва в стабилен кардио-пулмонален статус, с първично заздравяваща операт рана.

Изход от заболяването: с подобрение, без усложнения.
Взето медицинско решение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение.

Дехоспитализацията е извършена предсрочно при изпълнен диагностично-терапевтичен алгоритъм, без от прекъсване на болничното лечение.

Терапия за дома: Lifurox 500 mg 2x1 табл 7 дни, Eliquis 5 mg 2x1 табл, Tamayra 5/5 mg 2x1 капс, Spironolacto mg 1 табл/сутрин, Rossta 10 mg 1 табл/вечер

Препоръки за хигиенно-диетичен режим - безсолна, бедна на мазнини диета, повишена двигат активност.

Препоръки към семейния лекар и кардиолог: контрол на рисковите фактори. Профилактика на Covid 19 с **Моривид 200 мг** - 1 табл,. дневно за 30 дни, след което преустановяване на 15 дни и цикълът се повтаря.

Първи контролен преглед на 06.12.2021 г, след което на 30- ти и 90- ти ен от дехоспитализацията, след к регулярни контролни прегледи на стимулиращата система на всеки шест месеца, след предварит записване на телефон 064/ 678 400.
Дадени документи: два броя епикризи, ЕКГ, Протокол от имплантация на постоянен кардиостимул Европейска карта за пациенти с имплантиран постоянен кардиостимулатор, рецепта.

Нач ение:
проф. д-р. Я д.м.

Началник клиника:
проф. Николай Димитров

СБАЛ ПО КАРДИОЛОГИЯ МАДАРА- гр. Шумен
ул. "Васил Априлов" №63
тел: 054/801 260, факс:054/801 261

МАДАРА

КАТЕТЕРИЗАЦИОНЕН ПРОТОКОЛ

№ 1563/2021
ИЗ №1646

Пациент: Ф А Д

Тегло: 60 кг. Ръст: см. Осн.сърд.честота: 30 /мин

Начало/Край на процедурата: 18.20ч. /18.45ч.

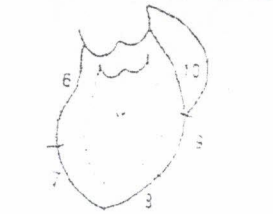
Достъп : v.femoralis dextra, a.radialis dextra

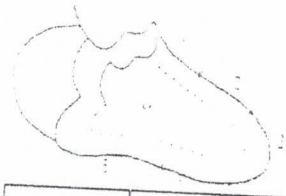
Хепарин преди процедурата: 0ед.

Ro време: 03.56 мин. Ro доза: 25493 mGy/cm^2

Lidocaine 2% 10ml, Isocor 5mg

Conta media 80ml







Лезия	Сегмент	Тип стеноза	Балон	Стент	Стенози % Преди	Стенози % След

ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО: АП. Брадикардия, синкоп.

ВИД ПРОЦЕДУРА: ЛСК със СКАГ на лява и дясна коронарни артерии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Десен тип коронарна циркулация. LCA. Ствол- без стенози с кинк. LAD- неравности, без стенози, кинк-кинк дистално. LCx- неравности, без стенози. RCA- неравности, 30% стеноза при кинк проксимално.
Поради брадиаритмия СЧ- 30/мин- индикация за ВЕКС: през венозен интродюсер 6F в v. femoralis dex. се пласира лейсмейкърен електрод в ДК, вкл. в режим VVI със зададена честота 60у/мин.

ДИАГНОЗА: Коронарни артерии с несигнификантни стенози. Имплантация на ВЕКС.

ПРЕПОРЪКИ: Дадени- Heparin 5000 Ui по време на процедурата. Вен. интродюсер и пейсиращият електрод се фиксираха до стабилизиране на хемодинамиката или ПЕКС. Постелен режим и компресивна превръзка за 6ч. след отстраняване на интродюсера. Артериалният интродюсер се отстрани в катлаб. Използва се TR band за компресия на пункционното място, раздут с 15 мл.въздух. След 90 мин. да започне изпускането по 3 мл. на всеки 15 мин. След налагането на радиалната гривна, дистално пулсациите на a. radialis et a. ulnaris dextrae са запазени.

Лекар: Д-р Стойнев
/Име,под

Дата: 16.11.2021г.

СЪРЦЕ
МОЗЪК
ПЛЕВЕН
УНИВЕРСИТЕТСКА БОЛНИЦА

Протокол за имплантация на постоянен кардиостимулатор №:2852/2021

И З №: 13649

Име на пациента: Ф А1 Д

Венозен достъп: v. cephalica sinistra

Ръст/ тегло: 165 см/ 60 кг

Начало/ край на процедурата: 11.00 ч/ 12.20 ч

Хемодинамични показатели на пациента:

Артериално налягане: 140/40 mmHg

СЧ: 35/min

SaO2: 95%

Рентгеново време: 02.49 min

Контрастно вещество за венография: 10 ml

Индикация за имплантиране на постоянен кардиостимулатор: пълен AV- блок при перманентни предсърдно мъждене.

Имплантиране на временен пейсмейкър преди процедурата не.

Почистване на оперативното поле с 2% разтвор на хлорхексидин в 70% алкохол по протокол, Ceftriaxone 1.0 g i.v. преди процедурата.

Анестезия локална с Lidocain 1%, 30 ml.

Процедурата извършена съобразно „**EHRA expert consensus statement and practical guide on optimal implantation technique for conventional pacemakers and implantable cardioverter-defibrillators / April 2021/.**

Направи се разрез в дясно подключично. По модифицираната от Belott техника на Byrd и Magney под рентгенов контрол се направиха няколко спита да се пунктира вена аксиларис, които бяха неуспешнни. Направи се венография на ляв горен крайник установи се проходима вена аксиларис, но с постериорен ход над първо ребро спрямо ключицата. Направи се опит за интраторакална пункция, която също беше неуспешна. Пункция по второ ребро не е е опция поради твърде латералната позиция и преминаването на електрода през два мускула поставаща го в стерсова среда и риско от "умара на материална" с възможни бъдещи усложнения. Разшири се разреза латерално към делтопекторалната бразда. Достигна се до вена цефалика и след като се лигира дисталния край в нея се въведе електрод с активна фиксация 58 см. Електродът се спусна в дясното предсърдие. След като се изтегли част от водача/ стилета и се направи върха на електрода мек, се направи бримка в дясно предсърдие, която пролабира през трикуспидалната клапа в дясна камера. Въвеждайки стилета до край, електродът се въведе в белодробната артерия и чрез лека тракция се спусна по междукамерната преграда към деснокамерния апекс. Многократно репозициониране на елтрода в и около деснокамерния апекс поради неадекватна амплитуда на R- вълната (под 3.5 mV). Поради това се репозиционира електрода към базалната стена на дясна камера. След като се установи адекватна амплитуда на R- вълната, електродът се фикцира активно чрез хеликса. Отстрани се фиксиращото устройство и се остави да се освободи остатъчното напрежението от въртенето на хеликса. Регистрира се „current of injury". Измериха се (биполярни) праг на захващане 0.5 /0.4 msec, импеданс 550 ohms, P/R- 11.9 mV. Без френикусова и диафрагмална стимулация при тестване с 10 V. Тества се стабилността на фиксацията на електрода и „остатъка/slack" в дясно предсърдие с набутване на електрода с ретарахисан стилет 5-6 см в посока напред, дълбок инспириум и неколкократно силно кашляне. Електродът се фиксира за фасцията на гръдния мускул с два конеца, след което с тракция се провери фиксацията на електрода за гръдния мускул. Електродът се съчлени с кардиостимулатора, като

стабилността се провери с лека тракция. Позиционира се пейсмейкърната система в оформения джоб и се затв
послойно оперативната рана. Третира се оперативното поле с 10% повидон-йод. Постави се стерилна превръзка.

Пейсмейкър

Производител: St. Jude Medical
Модел: Endurity Core
Режим: VVIR
Сериен номер: 6167511
Базова честота: 70/min
Магнитна честота: 100/min
Амплитуда: 0.875 V Auto
Ширина на вълната: 0.4 ms

Камерен електрод: Tendril STS, CPT117480
Производител: St. Jude Medical
Фиксация: активна
Тип: биполярен
Стероидно покритие: да
Тип конектор: IS-1, 3.2 mm
NBL code: **BASS**

Кръвозагуба по време на процедурата: 15 мл.
Перипроцедурни усложнения: няма

Препоръки: Рентгенография на гръден кош за верифициране позицията на електродут в изправено положение и изключване на пневмоторакс. Ехокардиография за изключване на перикарден излив. Да се избягва отвеждането на лявата ръка на повече от 90 градуса. Да се смени превръзката с друга стерилна утре. Да се следи за кървене- болка и подуване на джоба. **Пациентът да дойде на 06.12.2021 г. на първи контролен преглед.** Европейска карта за пациенти с имплантиран постоянен кардиостимулатор, както и писмени препоръки за поведение и контролни прегледи (на 12- ти, 30- ти и 90- ти ден след имплантацията, след което редовни контролни прегледи на всеки шест месеца) след имплантация на постоянен кардиостимулатор, дадени на [illegible]

Извършил процедурата [illegible]

Дата: 25. 11.2021 г

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
Населено място/ район **ГР.НОВИ ПАЗАР**
Община **НОВИ ПАЗАР**
Област **ШУМЕН**

ЗА СЛУЖЕБНО ПОЛЗВ

Изх.№ **СЛУЖЕБНО**
Дата: **29.03.2022 г.**
ден, месец, година

УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА СЪПРУГ/А И РОДСТВЕНИ ВРЪЗКИ

Настоящото удостоверява, че:

Име: Ф А Д
собствено бащино фамилно

ЕГН/Дата на раждане:

е със семейно положение: **РАЗВЕДЕН**

Данни за съпруг/а и роднини:

№ по ред	Име: собствено,бащино фамилно	ЕГН/ Дата на раждане	Съпруг/а Родство	Дата на смърт
1.	А Г Т		БАЩА	
2.	А А Т		МАЙКА	
3.	Е Ф А		ДЪЩЕРЯ	
4.	С Ф А		СИН	---------
5.	И Ф А		СИН	---------
6.	Е А Д		БРАТ	

Длъжностно лице: **НИКОЛИНКА ЦВЕТКОВА**
име: собствено фамилно
Подпис и печат:

ОБЩИНА КМЕТ НОВИ ПАЗАР

https://nrn.grao.bg/udostoverenia/ с код K4m5gFAWV

ЗА СЛУЖЕБНО ПОЛЗВАНЕ

УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА СЪПРУГ/А И РОДСТВЕНИ ВРЪЗКИ

Име: Ф А Д
собствено бащино фамилно

ЕГН/Дата на раждане:

№ по ред	Име: собствено,бащино фамилно	ЕГН/ Дата на раждане	Съпруг/а Родство	Дата на смърт
7.	Ф А Е		СЕСТРА	———

Удостоверението е издадено на основание чл.-15, ал. 1 от Наредбата за издаване на удостоверения въз основа на регистъра на населението

Длъжностно лице: **НИКОЛИНКА ЦВЕТКОВ**
име: собствено фамилно

Подпис и печат:

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
Населено място/ район **ГР.НОВИ ПАЗАР**
Община **НОВИ ПАЗАР**
Област **ШУМЕН**

Изх.№ **71**
Дата: **22.12.2021 г.**
ден, месец, година

УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА НАСЛЕДНИЦИ

Настоящото удостоверява, че:

Име: **Е Ф А**
собствено бащино фамилно

ЕГН/Дата на раждане

е със семейно положение: **НЕОМЪЖЕНА** Починал/а

Акт за смърт № , съставен в: **ГР.НОВИ ПАЗАР ШУМЕН**
ина населено място (държава) област

след смъртта си е оставил/а следните наследници по закон:

№ по ред	Име: собствено.бащино фамилно	ЕГН/ Дата на раждане	Съпруг/а Родство	Дата на смърт
	Постоянен адрес: област, община, населено място; пл., бул., ул., ж.к., кв. и др.; №, вх., ет., ап.			
1.	С А Г		МАЙКА	---------
	ШУМЕН ШУМЕН ГР			
2.	Ф А ДІ		БАЩА	---------
	ШУМЕН НОВИ ПАЗАР ГР.Н			

Удостоверението е издадено на основание чл. 9, от Наредбата за издаване на удостоверения въз основа на регистъра на населението

Длъжностно лице: **СИЛВИЯ СТЕФАНОВА**
име: собст

Подпис и печат: