

# Richiesta di esami ambulatorio di cardiologia

☐ Urgente

☐ Elettivo

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Tel. Abitazione: \_\_\_\_\_ Tel. Mobile: \_\_\_\_\_

Data appuntamento: \_\_\_\_\_ Ora: \_\_\_\_\_

- ☐ **ECG a riposo**  
☐ **ECG sotto sforzo** ☐ **bicicletta** ☐ **treadmill**  
☐ **ECG 24 h (Holter)** ☐ **Portatore di PM?** ☐ SÌ ☐ NO ☐ FA nota ☐ SÌ ☐ NO  
☐ **R-Test (ECG 7 giorni)**  
☐ **Ecocardiografia transtoracica**  
☐ **Ecocardiografia transesofagea**  
☐ **Ecocardiografia da stress**  
☐ **Cardioversione elettrica** ☐ **Paziente anticoagulato** ☐ SÌ ☐ NO  
Terapia anticoagulante \_\_\_\_\_ Dal \_\_\_\_\_  
☐ Monitoraggio PA 24h (Remler)

Diagnosi principali e indicazioni all'esame:

---

---

---

---

Fattori di rischio:

---

---

Terapia attuale:

---

---

Data:

Timbro e firma del medico

---

---