

Richiesta di esami ambulatorio di cardiologia

Urgente Elettivo

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____

Tel. Abitazione: _____ Tel. Mobile: _____

Data appuntamento: _____ Ora: _____

- | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> ECG a riposo | <input type="checkbox"/> ECG sotto sforzo | <input type="checkbox"/> ECG 24 h (Holter) | <input type="checkbox"/> bicicletta | <input type="checkbox"/> treadmill | | |
| | | | Portatore di PM? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO | FA nota |
| | | | | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO | |
| <input type="checkbox"/> R-Test (ECG 7 giorni) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ecocardiografia transtoracica | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ecocardiografia transesofagea | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ecocardiografia da stress | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Cardioversione elettrica | Paziente anticoagulato | <input type="checkbox"/> SÌ | | <input type="checkbox"/> NO | | |
| | | | Terapia anticoagulante | _____ | Dal | _____ |
| <input type="checkbox"/> Monitoraggio PA 24h (Remler) | | | | | | |

Diagnosi principali e indicazioni all'esame:

Fattori di rischio:

Terapia attuale:

Data:

Timbro e firma del medico
