
Formulario di annuncio pazienti per cardioriabilitazione

Nome e cognome: Data di nascita:

Indirizzo: Telefono:

Medico curante: Peso (Kg): Altezza (cm):

Diagnosi (in caso d'evento ischemico o intervento specificare territorio e coronarie interessati)

Attualmente il paziente presenta dei sintomi? (specificare)

Diagnosi collaterali di rilevante importanza

Medicamenti

Fattori di rischio cardiovascolare (sottolineare)

Familiarità / Ipertensione / Dislipidemia / Diabete / Tabagismo (specificare:

Esami effettuati (in caso di reperti patologici specificare nelle osservazioni)

	Sì	No	
Ergometria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	data
Massimale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	watt
Sintomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Disturbi della ripolarizzazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Disturbi del ritmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anomalie pressorie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Effettuata in terapia vasoattiva? (betabloccanti, nitrati? Digitale?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	specificare

	Sì	No	
Ecocardiogramma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	data
Disturbi della cinesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alterazioni valvolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ipertrofia VS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dilatazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	specificare (AD, AS, VD, VS)
Versamento pericardico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Iperensione del piccolo circolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frazione di eiezione VS.....			
Holter ECG 24/h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	data
Disturbi del ritmo significativi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Disturbi della ripolarizzazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coronarografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	data
(se stenosi residue o anomalie alla ventricolografia specificare nelle osservazioni)			
Scintigrafia miocardica o eco-stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	data
(se territori ischemici specificare nelle osservazioni)			

Osservazioni

Luogo e data: Timbro e firma:

Tel. interno:

Inviare possibilmente con copia degli esami effettuati ed esami ematochimici recenti a:
Dr.ssa Viviana Quadri
Ospedale Regionale di Mendrisio Beata Vergine
Via Turconi 23
6850 Mendrisio

Il paziente verrà convocato direttamente a domicilio.