

Modulo

RICHIESTA ESAMI POLIAMBULATORIO DI CARDIOLOGIA

Data richiesta:

Data esame:

Reparto:

Medico richiedente:

Peso Kg:

Altezza cm:

Paziente:

mobile

in poltrona

a letto

LE RICHIESTE NON ESAURIENTEMENTE COMPILATE SARANNO RIFIUTATE

Motivo della richiesta:

Diagnosi cardiologica:

Altre diagnosi:

Terapia in atto:

Medicamenti sospesi per l'esame da _____ giorni.

Medicamenti non sospesi per l'esame.

AMBULATORIO:

Visita dopo degenza

Valutazione cardiologica

Controllo laboratorio

Controllo terapia

ecg riposo

cicloergometria

Holter 24h

Remmler 24h

R-test

massimale

submassimale

DAY HOSPITAL PRIMO PIANO:

shellong test

cardioversione con TEE

cardioversione senza TEE

ALLEGARE ALLA RICHIESTA CORONAROGRAFIA E/O LETTERA D'USCITA

Data pubblicazione: 10.02.2022

Ultimo aggiornamento: 22.02.2023

Approvato da: Segretariato di Cardiologia

CCT-SCAR-MOD-000-R02

Pag. 1/1