



## Richiesta per Angio-TAC coronarica

**Attenzione: tutti i campi sono da compilare obbligatoriamente!**

Data richiesta: .....

Data esame: .....

Reparto: .....

Nome richiedente: .....

Sesso:  M  F Peso: .....Kg

Altezza:.....cm

### Esame richiesto:

- Coro-CT per studio vasi nativi
- Coro-CT per studio bypass
- Coro-CT per bilancio del calcio
- Coro-CT per studio seno coronarico
- Coro-CT per studio vene polmonari (CT fusion)

### Quesito clinico:

.....  
.....

Sintomi:  Assenti  Tipici  Atipici

Specificare:.....

### Terapia in atto:

- Beta-bloccante  ACE / Sartano  Statina
- ASA / Clopidogrel  Ca-Antagonista  Altro: .....

### Fattori di rischio cardiovascolari (FCRV):

<b>Familiarità</b>	<input type="checkbox"/> SI	Specificare: .....	<input type="checkbox"/> NO
<b>Diabete</b>	<input type="checkbox"/> SI	Terapia: .....	<input type="checkbox"/> NO
<b>Dislipidemia</b>	<input type="checkbox"/> SI	Terapia: .....	<input type="checkbox"/> NO
<b>Ipertensione arteriosa</b>	<input type="checkbox"/> SI	Terapia: .....	<input type="checkbox"/> NO
<b>Arteriopatia periferica</b>	<input type="checkbox"/> Ateromatosi oggettivata <input type="checkbox"/> Sintomatica <input type="checkbox"/> Soffi arteriosi asintomatici		<input type="checkbox"/> Non nota
<b>Tabagismo</b>	<input type="checkbox"/> Attivo ..... pacchetti ..... anni <input type="checkbox"/> Pregresso ..... pacchetti ..... anni		<input type="checkbox"/> NO



<b>Ergometria</b>	<input type="checkbox"/> Carico massimo ..... Watt/KG	<input type="checkbox"/> Sintomi atipici
	<input type="checkbox"/> Doppio prodotto .....	<input type="checkbox"/> Nessun sintomo
	<input type="checkbox"/> Sintomi anginosi tipici	<input type="checkbox"/> Nessuna alterazione ST
	<input type="checkbox"/> Dispnea limitante	<input type="checkbox"/> Non eseguita
	<input type="checkbox"/> Sottoslivellamenti ST significativi in territorio .....	<input type="checkbox"/> Dubbio (specificare) .....
	<input type="checkbox"/> Aritmie .....	.....
<b>Scintigrafia miocardica</b>	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> Positiva in territorio: .....	<input type="checkbox"/> Dubbia in territorio: .....
	.....	.....
<b>Ecostress</b>	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> Positiva in territorio: .....	<input type="checkbox"/> Dubbia in territorio: .....
	.....	.....
<b>Coronarografia</b> (allegare documentazione)	<input type="checkbox"/> SI                      Data: .....	<input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> Normale	
	<input type="checkbox"/> Lesioni: .....	
	.....	
	.....	
<b>Rivascolarizzazione pregressa</b> (allegare documentazione)	<input type="checkbox"/> SI	
	<input type="checkbox"/> PTCA                      Data: .....	<input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> Bypass                      Data: .....	

**Informazioni supplementari:**

<b>Creatinina/GFR</b>	<input type="checkbox"/> SI (allegare risultato recente)	<input type="checkbox"/> NO
<b>Allergia ai mezzi di contrasto</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Pace Maker/ICD</b>	<input type="checkbox"/> SI Modello:.....	<input type="checkbox"/> NO
<b>Protesi valvolari e/o vascolari</b>	<input type="checkbox"/> SI Tipo:.....	<input type="checkbox"/> NO
<b>Gravidanza</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Fibrillazione atriale</b>	<input type="checkbox"/> SI	
	<input type="checkbox"/> Attuale	<input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> Pregressa	
<b>FC a riposo</b>	.....	allegare tracciato ECG recente

**Compilare accuratamente tutti i campi del modulo e inviare all'Istituto Cardiocentro Ticino**  
▶ Per email a [imagingcardiovascolare.cardiocentro@eoc.ch](mailto:imagingcardiovascolare.cardiocentro@eoc.ch)

**Medico richiedente**

Nome e Cognome .....

Timbro e firma: .....