

# RICHIESTA PROCEDURA DI CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

## Compilare e inviare all'Istituto Cardiocentro Ticino

- ▶ Tramite fax al n. **091 811 51 74**
- ▶ Per email a **convocazionepazienti.icct@eoc.ch**

## Allegare:

- ▶ Breve lettera di presentazione del caso clinico
- ▶ Esami di laboratorio più recenti
- ▶ Referti medici recenti (se disponibili)

**NOTA: I campi contrassegnati in rosso sono da compilare obbligatoriamente**

**PROCEDURA RICHIESTA:** .....

**Urgenza della procedura:**      < 24 ore                      24-72 ore                      < 2 settimane                      2-4 settimane

## DATI ANAGRAFICI DEL/DELLA PAZIENTE:

**Nome**..... **Cognome** ..... **Data di nascita**.....

**Via**..... **NPA e Località**.....

**Telefono**..... **Cellulare**..... **Email** .....

**Classe assicurativa:**       Comune                       Semiprivata                       Privata

## INFORMAZIONI CLINICHE DEL/DELLA PAZIENTE

**Anamnesi:**

**Indicazioni all'esame e quesito clinico:**

**Fattori di rischio cardiovascolari:**

<b>Data pubblicazione:</b>	24.06.2021
<b>Ultimo aggiornamento:</b>	23.03.2022
<b>Approvato da:</b>	CCT-Segretariato di Cardiologia - Degenze

Paziente già sottoposto/a a coronarografia in passato:  NO  SI  
se sì, indicare luogo e data l'ultimo esame:

Paziente portatore di dispositivi medici impiantati:  NO  SI  
se sì, indicare il tipo di dispositivo impiantato

Paziente noto/a portatore/-trice di MRSA e/o ESBL:  NO  SI

Paziente in dialisi:  NO  SI

Allergie note:  NO  SI

se sì, indicare quali: .....

Allergia nota al mezzo di contrasto:  NO  SI

Paziente in gravidanza:  NO  SI

Terapia (completa)

Esami di laboratorio eseguiti negli ultimi 2 mesi (se non disponibili, se ne richiede l'esecuzione corredata da gruppo sanguigno, glicemia e profilo lipidico):

Hb..... Trombociti..... Leucociti ..... PCR ..... Sodio ..... Potassio.....  
Creatinina ..... GFR..... INR .....PTT (se disponibile) .....

#### DATI DEL MEDICO RICHIEDENTE

Nome e Cognome..... Indirizzo studio medico.....

Telefono ..... Email .....

Eventuali ulteriori medici di riferimento .....

Data ..... Timbro e firma del medico richiedente .....

#### CONFERMA DELLA RICHIESTA (DA COMPILARE DAI MEDICI ICCT)

Nome e Cognome del medico ICCT: .....

Note:

Data della conferma .....

Data pubblicazione:	24.06.2021
Ultimo aggiornamento:	23.03.2022
Approvato da:	CCT-Segretariato di Cardiologia - Degenze