

RICHIESTA PROCEDURA DI ELETTROSTIMOLAZIONE/ELETTROFISIOLOGIA

Compilare e inviare all'Istituto Cardiocentro Ticino

- ▶ Tramite fax al n. **091 811 51 73**
- ▶ Per email a **ambulatorioelettrofisiologiaicct@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:

- ☐ studio elettrofisiologico ☐ ablazione transcateretere
- ☐ impianto PM ☐ impianto ICD ☐ impianto CRT-P ☐ impianto CRT-D

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:

.....

Paziente già sottoposto/a a coronarografia in passato: ☐ NO ☐ SI

se sì, indicare luogo e data l'ultimo esame:

Data pubblicazione:	03.03.2022
Ultimo aggiornamento:	23.03.2022
Approvato da:	Segretariato di cardiologia

Paziente già sottoposto/a a studio elettrofisiologico/ablazione transcatetere 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:

☐ PM ☐ ICD ☐ CRT-D ☐ CRT-P ☐ S-ICD ☐ LCP ☐ ILR

☐ ALTRO

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)

.....
.....

Terapia antiaggregante: ☐ NO ☐ Singola ☐ Doppia

Anticoagulazione orale: ☐ NO ☐ NOAC ☐ AVK

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: Data della conferma

Note:

Data pubblicazione: 03.03.2022

Ultimo aggiornamento: 23.03.2022

Approvato da: Segretariato di cardiologia

CCT-SCAR-MOD-026-R01

Pag.2/2