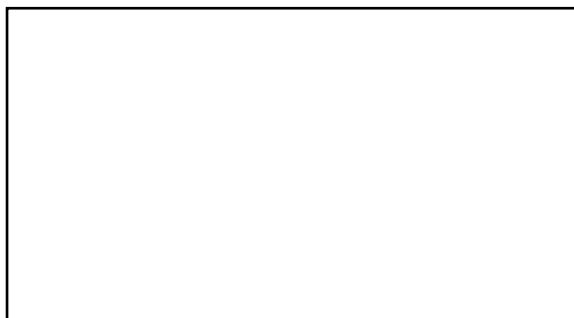


Modulo

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