

# 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:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Coro-CT per studio vasi nativi                | <input type="checkbox"/> Coro-CT per studio bypass          |
| <input type="checkbox"/> Coro-CT per bilancio del calcio               | <input type="checkbox"/> Coro-CT per studio seno coronarico |
| <input type="checkbox"/> Coro-CT per studio vene polmonari (CT fusion) |   |

## QUESITO CLINICO:

.....  
.....

**SINTOMI:**             Assenti             Tipici             Atipici

Specificare:.....

## TERAPIA IN ATTO:

- |  |   |                                       |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Beta-bloccante    | <input type="checkbox"/> ACE / Sartano  | <input type="checkbox"/> Statina      |
| <input type="checkbox"/> ASA / Clopidogrel | <input type="checkbox"/> Ca-Antagonista | <input type="checkbox"/> Altro: ..... |

## 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"/> Non nota
	<input type="checkbox"/> Sintomatica	
	<input type="checkbox"/> Soffi arteriosi asintomatici	
<b>Tabagismo</b>	<input type="checkbox"/> Attivo        ..... pacchetti        ..... anni	<input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> Pregresso    ..... pacchetti        ..... anni	

Data pubblicazione:	14.01.2021
Ultimo aggiornamento:	30.11.2023
Approvato da:	Segretariato TAC-MRI

<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

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

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

## MEDICO RICHIEDENTE

Nome e cognome .....

Timbro e firma: .....

Data pubblicazione:	14.01.2021
Ultimo aggiornamento:	30.11.2023
Approvato da:	Segretariato TAC-MRI