RICHIESTA PROCEDURA DI CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

Compilare e inviare all'Istituto Cardiocentro Ticino

- Per email a **convocazionepazienti.icct@eoc.ch**

Allegare:

- **Presentazione del caso clinico** e relativa documentazione
- **Esami di laboratorio** eseguiti negli ultimi 2 mesi (se non disponibili se ne richiede l'esecuzione, corredata da gruppo sanguigno, glicemia e profilo lipidico)

Nota: i campi contrassegnati in rosso o con * sono da compilare obbligatoriamente

PROCEDURA RICHIESTA:……

Grado di urgenza richiesto: ☐ < 24-48 ore (fortemente consigliato contattare il medico di guardia 091 / 811 53 33)

☐ < 1 settimana ☐ < 2 settimane ☐ > 2 settimane

DATI ANAGRAFICI DEL/DELLA PAZIENTE:

Nome*…… **Cognome*** …… **Data di nascita***……

Via*…… **NPA e Località***……

Telefono…… **Cellulare***……**Email** ……

PROFILO CLINICO E INDICAZIONI ALL'ESAME:

Indicazioni all'esame e quesito clinico*: ☐ Informazioni non riportate perché già presenti in lettera

Anamnesi*: ☐ Informazioni non riportate perché già presenti in lettera

Paziente già sottoposto/a a coronarografia in passato:

☐ Informazioni non riportate perché già presenti in lettera

☐ NO ☐ SI (CCT) ☐ SI (non al CCT)

se sì (non al CCT), indicare luogo e data l'ultimo esame:……

FATTORI DI RISCHIO RILEVANTI:

Allergia nota al mezzo di contrasto*: ☐ NO / NON NOTO ☐ SI

Paziente in gravidanza*: ☐NO / NON NOTO ☐ SI

Allergie note*: ☐ NO / NON NOTE ☐ SI

se sì, indicare quali: ……

Paziente in dialisi*: ☐ NO ☐ SI

Paziente portatore di dispositivi medici impiantati*: ☐ NO ☐SI

se sì, indicare il tipo di dispositivo impiantato:

……

Terapia medicamentosa (completa)*

☐ Non riportata perché presente nella lettera allegata

DATI DEL MEDICO RICHIEDENTE:

Nome*…… **Cognome*** ……

Studio medico: Via…… **NPA/ Località***……

Telefono*…… **Email*** ……

Data* : ……..... **Firma del medico richiedente*:** ……

ACCETTAZIONE DELLA RICHIESTA DA PARTE DELL'ICCT:

Data e visto del medico ICCT: ……