

RICHIESTA PROCEDURA DI ELETTROSTIMOLAZIONE/ELETTROFISIOLOGIA

Compilare e inviare all'Istituto Cardiocentro Ticino

- ▶ 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:	10.10.2023
Approvato da:	Segretariato di cardiologia

Paziente già sottoposto/a a studio elettrofisiologico/ablazione transcateretere 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:	10.10.2023
Approvato da:	Segretariato di cardiologia