



# Richiesta di esami ambulatorio di cardiologia

Urgente

Elettivo

Cognome: .....

Nome: .....

Data di nascita: ..... / ..... / .....

Tel. Abitazione: .....

Tel. Mobile: .....

**Data appuntamento:** .....

**Ora:** .....

- ECG a riposo
- ECG sotto sforzo  bicicletta  treadmill
- ECG 24 h (Holter) Portatore di PM?  SI  NO FA nota  SI  NO
- R-Test (ECG 7 giorni)
- Ecocardiografia transtoracica
- Ecocardiografia transesofagea
- Ecocardiografia da stress
- Cardioversione elettrica Paziente anticoagulato  SI  NO  
Terapia anticoagulante ..... Dal .....
- Monitoraggio PA 24h (Remler)

## Diagnosi principali e indicazioni all'esame:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Fattori di rischio:

.....  
.....

## Terapia attuale:

.....  
.....

**Data:**

**Firma del medico e timbro**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_