

# 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?**     SÌ     NO    **FA nota**     SÌ     NO
- R-Test (ECG 7 giorni)**
- Ecocardiografia transtoracica**
- Ecocardiografia transesofagea**
- Ecocardiografia da stress**
- Cardioversione elettrica**                      **Paziente anticoagulato**     SÌ     NO
- Monitoraggio PA 24h (Remler)**                      **Terapia anticoagulante** \_\_\_\_\_ Dal \_\_\_\_\_

**Diagnosi principali e indicazioni all'esame:**

---

---

---

---

**Fattori di rischio:**

---

---

**Terapia attuale:**

---

---

**Data:**

---

**Timbro e firma del medico**

---