

Formulario d'annuncio per pazienti con malattia vascolare, cardiaca o diabete

Programma di terapia motoria riabilitativa secondo le direttive GSRC/SAKR, SGED/SSSED e SSA/SGA

DOCUMENTO INTERNO (compilato dal medico curante)

Dati del paziente

Nome: Cognome:
Nato/a il: CM:
Via e nr.: NAP/Città:
Tel./Cell.: Medico curante:

Prescrizione per il programma di riabilitazione

- ☐ Programma di riabilitazione cardiovascolare (36 sedute / 12 settimane)
☐ Programma per pazienti diabetici Tipo II ("DiaFit") (12 settimane)
☐ Programma per pazienti con malattia occlusiva arteriosa (12 settimane)

Diagnosi — segnare tutto quanto fa al caso

- ☐ Infarto del miocardio con o senza PTCA
☐ Bypass
☐ Altri interventi sul cuore o sui grandi vasi
☐ PTCA, in particolare in caso di precedente inattività o di molteplici fattori di rischio
☐ Malattia cronica e fattori multipli di rischio refrattari alla terapia (con buona speranza di vita)
☐ Malattia cronica con cattiva funzione ventricolare
☐ Diabete Mellito Tipo II
☐ Malattia occlusiva arteriosa periferica sintomatica (dallo stadio IIa secondo Fontaine)
☐ Altro:

(*) N.d.R.: Criteri SAKR/GSRC, SGED/SSSED, SSA/SGA, OPre aggiornato 2022

Terapia completa

Fattori di rischio cardiovascolare

Fumo: ☐ Attivo ☐ Pregresso ☐ Non fumatore

Famigliarità: ☐ SI ☐ NO ITA: ☐ SI ☐ NO

Peso (kg): Altezza (cm): BMI (kg/m²): Circonf. add. (cm):

Colesterolo — Tot.: HDL: LDL: TG: HbA1C:

Osservazioni

Data:

Timbro e firma del medico: