

PD Dr. med. François Diederik Regoli
Responsabile del Servizio di Aritmologia
Via Pretorio 9, 6900 Lugano (CH)
Tel: +4191 640 40 40
Fax: +419164040 41

RICHIESTA ESAME PER DIAGNOSI DI ARITMIE CARDIACHE

Data della richiesta:

Medico richiedente:

Data dell'esame:

DATI PAZIENTE:

Nome: Cognome: Data di nascita:

Indirizzo: CAP, luogo:

Recapito telefonico:

Peso:kg Altezza:cm

ESAME RICHIESTO:

- ☐ Holter ECG delle 24 ore
- ☐ R-test di 7 giorni
- ☐ Monitoraggio con cerotto multi-sensore (VitalPatch)

Senza funzione telemetrica ☐ **con** funzione telemetrica ☐, indicazione
.....

INDICAZIONE:

- ☐ Screening per FA dopo evento cerebro-vascolare
- ☐ Perdita di coscienza di non chiara origine
- ☐ Extrasistolia
- ☐ Elevato rischio di aritmie; specificare:
- ☐ Sintomi, specificare:
- ☐ Altro:

TERAPIA:

- ☐ Beta-bloccante (specificare principio attivo e dosaggio attuale):
- ☐ Calcio-antagonista (specificare principio attivo e dosaggio attuale):
- ☐ Aspirina o altro antiaggregante
- ☐ Terapia anticoagulante orale
- ☐ Pacemaker
- ☐ ICD
- Altro:

INFORMAZIONI:

Altre informazioni:

DA ALLEGARE:

- ☐ ECG e frequenza cardiaca (recente e non oltre le 4 settimane)