

DA COMPILARE A CURA DEL MMGRICHIESTA DI VISITA ENTRO 10 GG RICHIESTA DI VISITA ENTRO 30 GG PRENOTAZIONE PRECEDENTE DA ANNULLARE **DA COMPILARE A CURA DEL CARDIOLOGO**ENTRO 10-30 GG ENTRO 180 GG

AMBULATORIO 1° SCELTA

AMBULATORIO 2° SCELTA

SCHEDA INFORMATIVA PER LA RICHIESTA DI VISITA CARDIOLOGICA IN ACCESSO PRIORITARIO

MEDICO CURANTE		TEL
PAZIENTE	Cognome e Nome	
COD FISCALE		TEL

ANAMNESI CARDIOLOGICA**CARDIOPATIA NOTA****ISCHEMICA** **VALVOLARE** **ARITMIE MAGGIORI** **INSUFF.CARDIACA/SCOMPENSO** **CLASSE NYHA I** **II** **III** **IV** **ALTO RCV** **DIABETE** **IPERTENSIONE** **FUMO** **DISLIPIDEMIA** **BPCO** **IRC** **ALTRO****MOTIVO DELLA RICHIESTA : SINTOMI****DISPNEA** **RIFERITO DOLORE TORACICO**** **PALPITAZ/CARDIOPALMO ARITMIA SIGNIFICATIVA** **LIPOTIMIA /SINCOPE** **NESSUNO** **ALTRO****MOTIVO DELLA RICHIESTA : SEGNI****SOFFI CARDIACI** **ARITMIA** **EDEMI AII** **TURGORE GIUGULARE** **P.A.****FREQ/MIN****** IL DOLORE TORACICO SUGGERITIVO PER SINDROME CORONARICA ACUTA VA INVIATO IN PS****STRUTTURE CARDIOLOGICHE**

SS Cardiologia via Assarotti Ge Centro SS Cardiologia O.San Carlo - Ge Voltri SS Cardiologia Ge Nervi

SC Cardiologia Riabilitativa - O. Colletta - Ge Arenzano

SC Cardiologia O. PA Micone - Ge Sestri P

SC Cardiologia O. Ge Pontedecimo

SC Cardiologia O. Villa Scassi - Ge Sampierdarena

FAXARE AL NUMERO 010.6545.456**Timbro e firma**

invia modulo

stampa modulo