

**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)