

PD Dr. med. François Diederik Regoli  
Responsabile del Servizio di Aritmologia  
Via Pretorio 9, 6900 Lugano (CH)  
Tel: +4191 640 40 40  
Fax: +4191 64040 41

## RICHIESTA PER CARDIOVERSIONE ELETTRICA

Data della richiesta: .....

Medico richiedente: .....

Data dell'esame: .....

### **DATI PAZIENTE:**

Nome: ..... Cognome: ..... Data di nascita: .....

Indirizzo: ..... CAP, luogo: .....

Recapito telefonico: .....

Peso: ..... kg      Altezza: ..... cm

### **INDICAZIONE:**

- Fibrillazione atriale persistente
- Flutter atriale persistente
- 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; specificare: .....; da quando .....
- Pacemaker
- ICD
- Altro: .....

### **INFORMAZIONI:**

- Allergie Sì    NO D (in particolare a sedativi/ farmaci anestesiologici) Specificare .....
- Stato di gravidanza o in fase di allattamento (donne in età fertile) Sì D NO D
- Esecuzione di ecocardiografia transesofagea Sì D   NO D ; indicazione: .....

### **DA ALLEGARE:**

- Valori di creatinina e GFR (allegare esami di laboratorio recenti e non oltre le 4 settimane)
- ECG e frequenza cardiaca (recente e non oltre le 4 settimane)

**Nota importante:** allegare i dati richiesti e lettera di anamnesi clinica del paziente per accelerare la presa a carico.