

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 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 anestesiológicos) 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.