

Questionario – Valvulopatie

Cliente

Cognome
Strada
Sesso
Data di nascita
Numero del cliente

Nome
NPA / Località
Tel.
eMail
N. della proposta

Le informazioni raccolte per mezzo di questo documento saranno trattate con la massima confidenzialità e sono soggette alle regole deontologiche sul rispetto del segreto professionale.

Se richiesto, la preghiamo di selezionare le caselle pertinenti e di aggiungere un commento o indicare la data in corrispondenza delle risposte affermative. **Non è necessario convocare il paziente.**

Altezza: cm peso: kg data:
Pressione arteriosa: mmHg sistolica / mmHg diastolica data:
Tabagismo: no sì Se sì, di che tipo? Quantità giornaliera? E-sigarette: no sì
Ex fumatore: no sì Da quando?
Data della diagnosi: Data dell'ultima consultazione:

Valvulopatia:

congenita acquisita se sì, specificare la causa:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Insufficienza mitralica | <input type="checkbox"/> Stenosi mitralica |
| <input type="checkbox"/> Insufficienza polmonare | <input type="checkbox"/> Stenosi polmonare |
| <input type="checkbox"/> Insufficienza tricuspide | <input type="checkbox"/> Stenosi tricuspide |
| <input type="checkbox"/> Insufficienza aortica | <input type="checkbox"/> Stenosi aortica |

Restringimento aortico rapidamente progressivo: no sì
(diminuzione della superficie della valvola aortica >0,1 cm²/anno)

Grado di restringimento subvalvolare o sopravalvolare:
 nessuno minimo moderato o grave

Insufficienza aortica: no sì

- minimo radice aortica normale, DTVS < 55 mm, tracciato Doppler 1+
- leggero radice aortica normale, DTVS < 55 mm, 1-2+
- moderato possibile dilatazione, DTVS 55-60 mm, Doppler 2-3+
- grave: dilatazione della radice aortica, DTVS > 60 mm, Doppler 3-4+

Intervento chirurgico programmato o effettuato: no sì Se sì, data/e:

- riparazione o valvuloplastica con palloncino
- valvuloplastica (valvola meccanica o biologica)
- valvuloplastica con autotrapianto, intervento di Ross
- altri tipi di valvuloplastica
- riparazione subvalvolare o sopravalvolare

Altro:

Trattamento medicinale:

no sì

Quale, dosaggio, data dal - al?

Sintomi/limiti attuali:

no sì

Se sì, quali:

Complicazioni o altre comorbidità:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> angor | <input type="checkbox"/> coronaropatia |
| <input type="checkbox"/> fibrillazione atriale | <input type="checkbox"/> insufficienza cardiaca congestizia |
| <input type="checkbox"/> dilatazione della radice aortica | |
| <input type="checkbox"/> stenosi aortica o rigurgito aortico dopo valvuloplastica | |
| <input type="checkbox"/> altre valvulopatie/lesioni valvolari multiple | |
| <input type="checkbox"/> malattia cerebrovascolare | <input type="checkbox"/> ipertrofia o dilatazione cardiaca |
| <input type="checkbox"/> sindrome di Marfan | <input type="checkbox"/> soffio cardiaco |
| <input type="checkbox"/> ipertensione | <input type="checkbox"/> diabete mellitus |
| <input type="checkbox"/> BPCO | |

Altro:

Esami eseguiti nel corso degli ultimi 12 mesi:

- | | | |
|---|---|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ECG a riposo | Esito: <input type="radio"/> normale <input type="radio"/> anormale | Data: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Ergometria | Esito: <input type="radio"/> normale <input type="radio"/> anormale | Data: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Ecocardiografia | Esito: <input type="radio"/> normale <input type="radio"/> anormale | Data: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Funzione ventricolare sinistra | Esito: <input type="radio"/> FEVS >50%
<input type="radio"/> FEVS 40-49%
<input type="radio"/> FEVS < 40% | Data: <input type="text"/> |

Altro:

Altri commenti:

La preghiamo di allegare una copia degli esami speciali eventualmente effettuati e i risultati e valori di riferimento per ogni referto di laboratorio.

Medico

Telefono

Fax

eMail

Data

Invio elettronico

Il pulsante «Invia» permette l'invio elettronico dei dati al servizio medico della mobiliare.