

Questionario - Cardiopatia ischemica

Cliente

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Strada	<input type="text"/>	NPA / Località	<input type="text"/>
Sesso	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
Data di nascita	<input type="text"/>	eMail	<input type="text"/>
Numero del cliente	<input type="text"/>	N. della proposta	<input type="text"/>

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?

Diagnosi:

Data:

Diagnosi:

Localizzazione:

Causa:

Data dell'ultima consultazione:

Dettagli:

- dolori toracici di eziologia incerta: a riposo sotto sforzo
Data del primo episodio: Data dell'ultimo episodio:
Frequenza al mese:
- malattia coronarica senza infarto del miocardio
- RIVA mediana o ditale AC o CX RIVA prossimale TCG
- Funzione ventricolare sinistra: ≥ 50% 40% a 49% < 40%
- Coronaropatia, trattamento medico o ACTP
- Coronaropatia, bypass aorto-coronarico con prelievo dall'arteria mammaria interna o dall'arteria toracica interna
- Coronaropatia, bypass aorto-coronarico con prelievo dalla vena safena o ACTP con posizionamento di uno stent

Compromissione delle arterie: no sì

1 vaso 2 vasi 3 vasi 4 vasi

Stenosi: no sì

Localizzazione:

Grado in %:

Angina pectoris:

no si

Data dell'ultimo episodio:

- nessuna o scarsa compromissione (CCS I oder II)
 compromissione significativa (CCS III)
 dolori a riposo o di intensità crescente (CCS IV)

Infarto del miocardio:

- no si
 singolo silenzioso
 multiplo o anteriore esteso numero:

Data dell'ultimo infarto:

Localizzazione:

- inferiore infero-apicale infero-laterale posteriore postero-laterale
 anteriore antero-laterale antero-settale indeterminata
 Ostruzione del tronco comune della coronaria sinistra
 Deficit cognitivo post-operatorio

Movimento della parete anormale:

no si

- ipocinesia della parete ventricolare discinesia segmentaria della parete ventricolare

Esami eseguiti nel corso degli ultimi 5 anni:

- | | | |
|--|---|----------------------------|
| <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"/> |
| | Watts: <input type="text"/> o METs: <input type="text"/> | |
| <input type="checkbox"/> Coronografia | 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"/> Ecocardiografia da sforzo | Esito: <input type="radio"/> normale <input type="radio"/> anormale | Data: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> MRI | Esito: <input type="radio"/> normale <input type="radio"/> anormale | Data: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Angiografia | Esito: <input type="radio"/> normale <input type="radio"/> anormale | Data: <input type="text"/> |

Altri (risultato e data):

Indagini previste (quali e quando):

Interventi chirurgici:

Data:

- angioplastica angioplastica coronarica transluminale percutanea (ACTP)
 bypass coronarico: soltanto trapianto vena trapianto arterie
 stenosi del materiale trapiantato
 stent bypass impianto di defibrillatore
 terapia di resincronizzazione cardiaca (TRC)
 trombolisi Esito:
 aneurismectomia Esito:

Altri (cosa e quando):

Intervento raccomandato ma non svolto, perché?

Trattamento medico:

nome del medicamento:	<input type="text"/>	da quando:	<input type="text"/>
nome del medicamento:	<input type="text"/>	da quando:	<input type="text"/>
nome del medicamento:	<input type="text"/>	da quando:	<input type="text"/>
nome del medicamento:	<input type="text"/>	da quando:	<input type="text"/>
nome del medicamento:	<input type="text"/>	da quando:	<input type="text"/>
nome del medicamento:	<input type="text"/>	da quando:	<input type="text"/>

Fattori cardiovascolari noti:

no sì

Se sì, quali e da quando:

Diabetes mellitus:

no sì

Se sì, quale:

tipo 1 tipo2

Hb1Ac: %
 Glucosio a digiuno: mmol/l

Iperlipidemia:

no sì

Data:

Colesterolo totale: mmol/l
 HDL: mmol/l
 LDL: mmol/l
 Trigliceridi: mmol/l

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.