

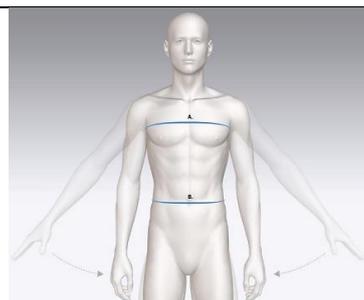
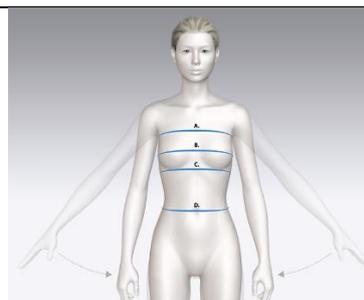
MONITORING MALCANTONE

DR.SSA MED. TANIA ODELLO E DR.SSA MED. PATRICIA LISTA

6980 CASTELROTTO

TEL.: 091 611 37 98

FAX: 091 611 37 07

EMAIL: odello.tania@hin.chOspedale
Malcantonese**DATI PAZIENTE**Cognome Nome Data di nascita Via + no. Telefono Luogo N° AVS Nome assicurazione N° assicurato Ha un cardiologo curante? si noSe Si, nome Portatore di pace maker? si noCopia per il cardiologo si no**ESAME RICHIESTO** ECG sec. Holter da 24h 48h 72hN° apparecchio ECG in continuo dei 7 – 10 giorni (SmartCardia)N° apparecchio Monitoraggio PA 24hN° apparecchio Monitoraggio multiparametrico L.I.F.E.*N° apparecchio ***PER DISPOSITIVI MULTIPARAMETRICI L.I.F.E DOVETE FORNIRCI LE MISURE PER SCEGLIERE LA TAGLIA CORRETTA DA INVIARVI****UOMO****DONNA**Altezza Altezza Peso Peso Misura maglia abituale S M L XL XXLMisura maglia abituale S M L XL XXL**MISURE IN CENTIMETRI**Misura **A**: Misura **B**: Misura **A**: Misura **B**: Misura **C**: Misura **D**:

DIAGNOSI E PRECEDENTI**TERAPIA FARMACOLOGICA ATTUALE****SINTOMI****QUESITO CLINICO****APPLICAZIONE**

Data e ora

RIMOZIONE

Data e ora

MEDICO PRESCRITTORE

Cognome nome

Timbro e firma del medico prescrittore

Referto da inviare email posta faxCopia per il paziente si noCopia per il cardiologo si no

Luogo e data

Allegare eventuali referti di esami precedenti. Grazie.