

CERTIFICATO MEDICO CARDIOLOGICO
(da compilare a carico dello Specialista Cardiologo curante)

In relazione al quesito posto dalla Commissione Medica Locale, a richiesta del/la Sig./ra _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ in via _____, si certifica quanto segue:

Patologie cardiovascolari di base:

.....

.....

.....

Trattamenti medici e/o chirurgici praticati:

.....

.....

Classe NYHA:

Frazione di eiezione:

Tipo di defibrillatore impiantabile:

.....

Il defibrillatore è stato impiantato in prevenzione primaria / secondaria in data

In passato, si sono verificati eventi documentati di intervento del defibrillatore? SI / NO

Se SI, quanti?

.....

A quale data risale l'ultimo episodio?

.....

Quale espressione clinica hanno avuto? In particolare, si sono verificate perdite di coscienza (anche di breve durata)?

.....

.....

Il/la paziente si sottopone a regolari controlli? SI / NO

Rispetta le prescrizioni dello specialista curante? SI / NO

Altre informazioni ritenute utili:.....

.....

.....

.....

Si allega copia di lettura in telemetria recente (non più vecchia di 30 giorni).

Data _____

Lo Specialista Cardiologo curante
(timbro e firma)
