

Richiesta di esame o consulto di cardiologia

Laboratorio di funzione cardiovascolare
Tel. 091 811 32 71 Fax 091 811 30 14

Data:

Reparto:

Camera:

A letto

Esame richiesto

da ambulante

da degente

Consulto cardiologico

Dr. F. Bomio

Dr. M. Capoferri

Dr.ssa L. Pons

Prof. G. Vassalli

Per ogni richiesta allegare

10 etichette grandi

6 etichette piccole

Grado di urgenza:

in giornata (tel. medico:.....)

entro 24/48 ore

.....

.....

Elettrocardiogramma a riposo

Test da sforzo su cicloergometro a partire dal

Test da sforzo su tapis roulant a partire dal

Elettrocardiogramma 24 ore (Holter)

R-Test

Controllo pace-maker

Ecocardiografia transtoracica
 transesofagea

Monitoraggio PA 24 ore (Remler)

Compressione seno carotideo

Tilt test

Potenziali tardivi ventricolari

Diagnosi principali:

.....
.....

Terapia attuale:

.....
.....

Indicazione all'esame:

.....
.....

Appuntamento fissato per: data ore

Timbro e firma del medico richiedente:

P.S.: allegare ECG, dossier radiologico, eventuali referti di esami precedenti e rapporti operatori.