

## Richiesta di esame o consulto di cardiologia

### Servizio di Cardiologia

Tel. 091 811 45 23

[segretariatocardiologia.odl@eoc.ch](mailto:segretariatocardiologia.odl@eoc.ch)

- Dr. med. **Facchini** Marco  
 Dr.ssa med. **Bianda** Julija  
 Dr. med. **Ferrari** Nicola  
 PD Dr. med. **Muzzarelli** Stefano

### ETICHETTA PAZIENTE

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Reparto: \_\_\_\_\_ Camera: \_\_\_\_\_  A letto

**Esame richiesto**  da ambulante  
 da degente → Classe assicurativa:  1°  2°  3°

- 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  
 Altro \_\_\_\_\_

### Grado di urgenza:

- in giornata (tel. medico: \_\_\_\_\_)  
 entro 24/48 ore  
 \_\_\_\_\_

**Diagnosi principali:** \_\_\_\_\_

**Terapia attuale/farmacologica:** \_\_\_\_\_

**Indicazione all'esame/osservazioni:** \_\_\_\_\_

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.