

---

## Richiesta Servizio di Cardiologia

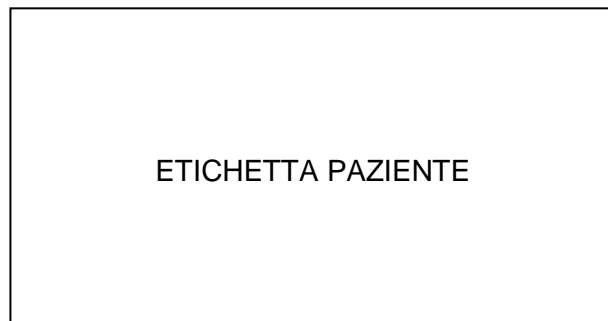
---

Segretariato:  
Tel. 091 811 67 01  
Fax 091 811 67 05

Reparto: \_\_\_\_\_

Camera: \_\_\_\_\_

- a letto
- urgente
- da convocare



(allegare 3 etichette)

### ESAME RICHIESTO

- ECG a riposo
- Compressione seno carotideo
- ECG 24 ore (Holter)
- R-Test (ECG 7 giorni)
- Monitoraggio PA 24 ore (Remler)
- Cicloergometria
- Tapis roulant
- Controllo pacemaker
- Ecocardiografia
- transtoracica
- transesofagea
- da stress farmacologico
- da stress fisico

**Diagnosi principali:**

---

---

**Terapia attuale:**

---

---

**Indicazione all'esame:**

---

---

Medico richiedente: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

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