

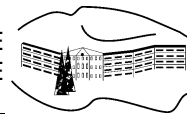
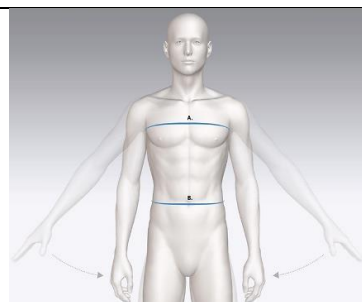
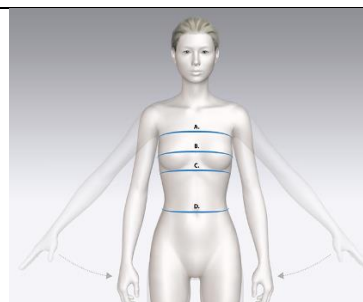
**MONITORING MALCANTONE**

DR.SSA MED. TANIA ODELLO E DR. MED. DANIEL SÜRDER

6980 CASTELROTTO

TEL.: 091 611 37 98

FAX: 091 611 37 07

EMAIL: [AMBULATORIO.OSCAM@HIN.CH](mailto:AMBULATORIO.OSCAM@HIN.CH)
 OSPEDALE  
 MALCANTONESE  
 Fondazione Giuseppe Rossi
**DATI PAZIENTE**Cognome Nome Data di nascita Via + no. Telefono Luogo N° AVS Nome assicurazione N° assicurato Ha un cardiologo curante?  si  noSe Sì, nome Portatore di pace maker?  si  no**ESAME RICHIESTO** ECG sec. Holter da  24h  48h  72hN° apparecchio  ECG in continuo dei 7 giorniN° 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.