

**MONITORING MALCANTONE**

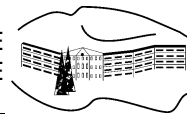
DR.SSA MED. TANIA ODELLO E DR. MED. DANIEL SÜRDER

6980 CASTELROTTO

TEL.: 091 611 37 27

FAX: 091 611 37 07

EMAIL: CARDIOLOGIA.CUOREMA@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  no

Se Sì, nome

Portatore di pace maker?  si  no**ESAME RICHIESTO** ECG sec. Holter da  24h  48h  72h

N° apparecchio

 ECG in continuo dei 7 giorni

N° apparecchio

 Monitoraggio PA 24h

N° apparecchio

 Monitoraggio multiparametrico L.I.F.E.\*

N° apparecchio

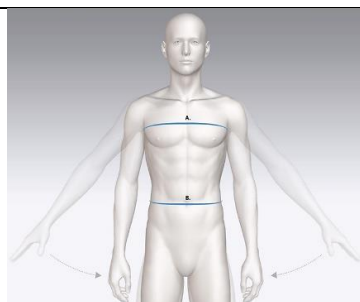
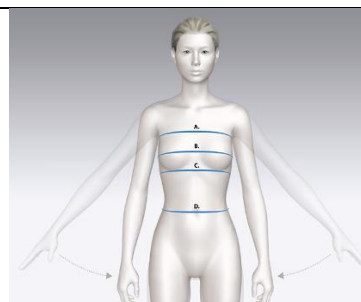
**\*PER DISPOSITIVI MULTIPARAMETRICI L.I.F.E DOVETE FORNIRCI LE MISURE PER SCEGLIERE LA TAGLIA CORRETTA DA INVIARVI**
**UOMO****DONNA**

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.