

**SERVIZIO MONITORING – OSPEDALE MALCANTONESE**

DR.SSA MED. TANIA ODELLO

DR.SSA MED. PATRICIA LISTA E DR.SSA MED. RAMONA DI BERNARDO

OSPEDALE MALCANTONESE - 6980 CASTELROTTO

TEL.: 091 611 37 98

FAX: 091 611 37 07

EMAIL: ODELLO.TANIA@HIN.CH

**DATI PAZIENTE**

Cognome

Nome

Via + no.

Luogo

Nome assicurazione

Data di nascita

Telefono

N° AVS

N° assicurato

Ha un cardiologo curante?  si  no

Se Sì, nome

Portatore di pace maker?  si  noCopia per il cardiologo  si  no**ESAME RICHIESTO**

- |  |                              |                              |                              |                |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> ECG sec. Holter da                            | <input type="checkbox"/> 24h | <input type="checkbox"/> 48h | <input type="checkbox"/> 72h | N° apparecchio |
| <input type="checkbox"/> ECG in continuo per 7 giorni (SmartCardia)    |                              |                              |                              | N° apparecchio |
| <input type="checkbox"/> ECG in continuo per 3 settimane (SmartCardia) |                              |                              |                              | N° apparecchio |
| <input type="checkbox"/> Monitoraggio PA 24h                           |                              |                              |                              | N° apparecchio |

**DOVE VOLETE APPLICARE IL DISPOSITIVO**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Presso il vostro ambulatorio | <input type="checkbox"/> Al domicilio del Paziente |
| <input type="checkbox"/> Presso l'Ospedale Malcantone |  |

**DIAGNOSI E PRECEDENTI**

**TERAPIA FARMACOLOGICA ATTUALE****SINTOMI****QUESITO CLINICO**

APPLICAZIONE	RIMOZIONE
Data e ora	Data e ora

**MEDICO PRESCRITTORE**

Cognome nome	<input type="text"/>	Timbro e firma del medico prescrittore
Referto da inviare	<input type="checkbox"/> email <input type="checkbox"/> posta	
Copia per il paziente	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Copia per il cardiologo	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Luogo e data	<input type="text"/>	

**Allegare eventuali referti di esami precedenti. Grazie.**