



**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
 Ufficio Programmazione e verifica attività specialistica
 libera professione e governo delle liste di attesa - Area rete Ospedaliera e Specialistica

SCHEDA PER PRENOTAZIONE ESAMI AMBULATORIALI TC DEL CUORE

Per la prenotazione della prestazione è necessaria, al fine di valutare la corretta indicazione all'esecuzione della "TC del cuore", la compilazione **COMPLETA** del seguente modulo da parte del Medico Specialista richiedente e/o del Medico di Medicina Generale, da allegare **all'impegnativa dematerializzata correttamente compilata (vedi codice CUR della TC del cuore nella Tabella 1)**.

Verrà successivamente contattato telefonicamente/per email per la comunicazione della data di esame.

INFORMAZIONI ANAGRAFICHE	
Cognome e Nome	
Data di nascita	
Codice Fiscale	
Sesso	Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>
Indirizzo di Residenza	
Numero di telefono	
Indirizzo e-mail	
INFORMAZIONI CLINICHE	
Altezza (cm)	
Peso (kg)	
Allergie a farmaci (1) (in particolare mezzi di contrasto iodati)	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> (specificare).....



**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Ufficio Programmazione e verifica attività specialistica

libera professione e governo delle liste di attesa - Area rete Ospedaliera e Specialistica

Terapie farmacologiche in atto	
ECG (2)	Frequenza Cardiaca [.....bpm] Ritmo sinusale <input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> Blocco di Branca <input type="checkbox"/> Altro.....
Fattori di rischio cardiovascolari	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Diabete mellito <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Tabagismo (attuale o pregresso) <input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa <input type="checkbox"/> Familiarità per cardiopatia ischemica <input type="checkbox"/> Arteriopatia periferica
Anamnesi cardiologica	<input type="checkbox"/> Assenza di storia cardiologica di rilievo clinico <input type="checkbox"/> Pregresso Infarto Miocardico <input type="checkbox"/> Storia di NSTEMI o episodi di angina instabile <input type="checkbox"/> Angina stabile <input type="checkbox"/> Pregresso PTCA/Stenting coronarico <input type="checkbox"/> Pregresso Bypass coronarico <input type="checkbox"/> Altro.....
Sintomi	<input type="checkbox"/> Assenti <input type="checkbox"/> Dispnea <input type="checkbox"/> Dolore toracico atipico <input type="checkbox"/> Palpitazioni <input type="checkbox"/> Dolore toracico tipico <input type="checkbox"/> Sincope <input type="checkbox"/> Altro.....
Esami eseguiti	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Test Ergometrico (eseguito in data ___/___/___) <input type="checkbox"/> Non eseguibile <input type="checkbox"/> Non raggiunto il massimale <input type="checkbox"/> Negativo per ischemia inducibile <input type="checkbox"/> Dubbio per ischemia inducibile <input type="checkbox"/> Suggestivo per ischemia inducibile <input type="checkbox"/> Eco-stress (eseguito in data ___/___/___)



**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Ufficio Programmazione e verifica attività specialistica

libera professione e governo delle liste di attesa - Area rete Ospedaliera e Specialistica

	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Negativo per ischemia inducibile <input type="checkbox"/> Dubbio per ischemia inducibile <input type="checkbox"/> Suggestivo per ischemia inducibile <input type="checkbox"/> Scintigrafia miocardica/SPECT (eseguita in data ___/___/____) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Negativo per ischemia inducibile <input type="checkbox"/> Dubbio per ischemia inducibile <input type="checkbox"/> Suggestivo per ischemia inducibile <input type="checkbox"/> Ecocardiografia (eseguita in data ___/___/____) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> FE (indicare il valore) <input type="checkbox"/> Ipo-acinesia (indicasegmenti cardiaci coinvolti) <input type="checkbox"/> Altri reperti: _____ <input type="checkbox"/> Risonanza Magnetica Cardiaca (eseguita in data ___/___/____) <ul style="list-style-type: none"> (indicare reperti principali) _____ _____ <input type="checkbox"/> Coronarografia <ul style="list-style-type: none"> Rifiutata dal Paziente o non eseguita per limiti tecnici <input type="checkbox"/> Eseguita in data ___/___/____ con i seguenti rilievi _____ <input type="checkbox"/> Altro (Es. Holter 24h, TC) <ul style="list-style-type: none"> _____ _____ _____
<p>Indicazione Clinica all'esame</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 50px; margin: 10px auto;"></div> <p>.....</p> <p>Codice identificativo dell'indicazione clinica (OBBLIGATORIO)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CAD sospetta <input type="checkbox"/> Rivalutazione albero coronarico in CAD nota <input type="checkbox"/> Controllo pervietà stent coronarici <input type="checkbox"/> Controllo pervietà bypass coronarici <input type="checkbox"/> Anomalie coronariche o patologie congenite cardiache <input type="checkbox"/> Cardiopatia dilatativa <input type="checkbox"/> Valutazione pre- o postchirurgia valvolare <input type="checkbox"/> Valutazione pre- o postchirurgia dell'aorta <input type="checkbox"/> Esclusione CAD in candidato a chirurgia non cardiaca <input type="checkbox"/> Patologia oncologica cardiaca



**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Ufficio Programmazione e verifica attività specialistica

libera professione e governo delle liste di attesa - Area rete Ospedaliera e Specialistica

Medico richiedente	<input type="checkbox"/> Cardiologo - <input type="checkbox"/> Radiologo - <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> Cardiochirurgo <input type="checkbox"/> Altro (specificare)
---------------------------	---

(1) Nel caso di storia di reazioni allergiche a farmaci, in particolare al mezzo di contrasto iodato, si raccomanda di contattare preliminarmente il centro diagnostico per valutare eventuale predisposizione di terapia desensibilizzante, in accordo ai protocolli previsti dal centro.

(2) In caso di paziente con ritmo sinusale con frequenza cardiaca >70 bpm o fibrillazione atriale (FA) è necessario consultare preliminarmente il proprio Specialista Cardiologo di riferimento o il medico Radiologo esecutore dell'esame per valutare eventuale preparazione bradicardizzante (mediante assunzione di beta-bloccanti o ivabradina) ovvero controindicazione all'esame.

Firma e timbro OBBLIGATORI del Medico Richiedente
