

Certificato Medico specialistico **Cardiologico** per patente

(riferimento.....)

Si certifica che il Sig./la Sig.ra _____
nato/a a _____ il _____
è affetto/a da (selezionare i casi che ricorrono e cancellare le voci che non interessano):

1. Ipertensione arteriosa **SI/NON** in controllo farmacologico, ultimo valore PA _____ (vedi punto A);
2. Bradiaritmie con anamnesi **positiva/negativa** per sincope **SI/NON** corrette, con scomparsa del sintomo, dopo posizionamento di PM (attualmente **normofunzionante/malfunzionante**) in data _____ (ultima sostituzione _____), con ultimo controllo del _____ e con durata residua del generatore stimata pari a _____ **mesi/anni**;
3. Bradiaritmie o tachiaritmie con anamnesi **positiva/negativa** per sincope portatore di loop recorder;
4. Bradiaritmie o tachiaritmie con anamnesi **positiva/negativa** per sincope con RIFIUTO DEL PAZIENTE ad impianto di PM/ICD;
5. Cardiopatia che ha portato ad impianto di ICD o CRTD (vedi modulo specifico per defibrillatori);
6. Aritmia **sopraventricolare/ventricolare** (compresa fibrillazione atriale) in buon controllo farmacologico o sottoposta ad ablazione a **basso/alto** rischio di sincope **CON/SENZA** segni di cardiopatia strutturale (vedi punto A), EHRA score _____;
7. Sintomatologia da angina (☐ **stabile in CCS** _____, ☐ **instabile**, ☐ **di Prinzmetal/vasospastica/microvascolare**);
8. Cardiopatia ischemica cronica:
 - **SI/NON** post-infartuale con (IMA del _____), ultimo valore di FE _____ (vedi punti 9 e A);
 - Coronaropatia **monovasale/bivasale/trivasale** rivascolarizzata mediante **nr** _____ **PCI/nr** _____ **CABG** a **basso/alto** rischio ischemico residuo con ultimo test ergometrico del _____ risultato _____;
9. Cardiomiopatia dilatativa ad eziologia (specificare) _____ con ultimo valore di FE _____, **SI/NON** portatore di ICD o CRTD (vedi punto A), classe NYHA _____;
10. Valvulopatia: ☐ **stenosi/insufficienza aortica grado** _____, ☐ **stenosi/insufficienza mitralica grado** _____, **stenosi/insufficienza tricuspidalica grado** _____, **stenosi/insufficienza polmonare grado** _____ sottoposta **SI/NON** a intervento **percutaneo/chirurgico** di _____ in data _____ (vedi punto A e referto allegato);
11. Trapianto di cuore, dispositivo di assistenza ventricolare in sede, cardiopatia congenita complessa (vedi referto visita di controllo del _____);
12. Cardiomiopatie strutturali ed elettriche (specificare): ☐ **cardiomiopatia ipertrofica (HCM)**, ☐ **cardiomiopatia aritmogena (ARVD, ARVC, ACM, ecc.)**, ☐ **cardiomiopatia dilatativa (DCM, vedi punto 9)**, ☐ **amiloidosi cardiaca**, ☐ **cardiomiopatia restrittiva**, ☐ **non compattazione miocardica**, ☐ **malattia di Chagas**, ☐ **sindrome del QT lungo**, ☐ **sindrome del QT corto**, ☐ **sindrome di Brugada**, ☐ **tachicardia ventricolare polimorfa catecolaminergica** (vedi referto visita di controllo del _____);
13. Dissezione/aneurisma aortico del tratto (specificare) _____, con diametro massimo _____, ☐ **NO** ☐ **SI** sottoposto a riparazione **percutanea/chirurgica** in data _____, ultimo controllo strumentale del _____ (vedasi referto allegato);

DATI DA RIPORTARE OBBLIGATORIAMENTE:

- A. Ultimo controllo ecocardiografico (o altra metodica strumentale se più indicata ad es. TC, RM, ecc.) del _____ (allegato);
- B. Terapia in atto: _____
- C. Altri referti allegati: _____
- D. Altro (specificare): _____
_____, li _____

TIMBRO E FIRMA DEL CARDIOLOGO