

CERTIFICATO PER PAZIENTI PORTATORI DI DEFIBRILLATORE AUTOMATICO (da presentare all'atto della visita presso la C.M.L. per le patenti di guida delle Provincia di Modena unitamente al consueto certificato cardiologico dello specialista di riferimento)

Si attesta che il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a il ____/____/____
a _____ è paziente portatore di
defibrillatore automatico impiantabile.

Diagnosi che ha condotto all'impianto (indicare la patologia) _____

Data del 1° impianto ____/____/____ **Data ultima sostituzione** ____/____/____

Indicazioni all'impianto: ☐ Prevenzione primaria ☐ Prevenzione secondaria

Attivazione/i (specificare se con ATP o shock): ☐ MAI
☐ SI, pregressa/e (in data anteriore a 6 mesi)
☐ SI, negli ultimi 6 mesi (data ____/____/____; ____/____/____; ____/____/____).

Motivo dell'ultima attivazione: ☐ FV
☐ TV

L'attivazione/i, anche se pregressa/e, ha determinato presincope/sincope?
☐ NO ☐ SI, solo 1 volta (in data ____/____/____) e da tale episodio è
trascorso più di 1 anno di condizioni cardiologiche stabili.

☐ SI, più di 1 volta

FE ____% rilevata all'ultimo ecocardiogramma effettuato in data ____/____/____

☐ stabile ☐ in miglioramento ☐ in peggioramento

(in caso di eco non recente spiegarne i motivi) _____

Classe NYHA ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

Terapia antiaritmica in corso ☐ SI ☐ NO

Condizioni cardiologiche generali (in rapporto alla stabilità della patologia):
☐ quadro clinico stabile (non modifiche significative del quadro patologico cardiaco,
assenza di ricoveri recenti, non modifiche della terapia)

ovvero ☐ ricovero negli ultimi 6 mesi (data ____/____/____) - motivo del ricovero:

☐ modifica della terapia farmacologica ☐ SI ☐ NO

Risultanze di ev. altri accertamenti strumentali utili all'inquadramento del caso (ECG, prova da sforzo, ecc) _____

Data, ____/____/____

Timbro e firma del Medico
