



## Anamnesi cardiologica

Gentile Cliente, la informiamo che l'esame diagnostico che sta per eseguire e che verrà refertato, in telemedicina, dal Centro **Telemedico** o dal Centro **ActiveAction** nel rispetto delle indicazioni vigenti a livello nazionale con l'impiego di dispositivi medici recanti marcatura CE in conformità con i più recenti standard tecnici europei applicabili per la loro indicazione d'uso..

L'esame in telemedicina prevede che il medico specialista non sia fisicamente presente nella stessa stanza e pertanto non può essere effettuata alcuna visita obiettiva, ma esclusivamente la rilevazione dei parametri e/o l'installazione dei dispositivi di rilevazione per la successiva trasmissione degli stessi al medico specialista che, operando in remoto, provvederà alla successiva valutazione e all'emissione del referto.

Presso questa farmacia è possibile eseguire ELETTRCARDIOGRAMMA a riposo, Holter pressorio o Holter ECG. Si tratta di esami **non invasivi che non prevedono controindicazioni**, fatte salve eventuali allergie o intolleranze alla plastica o ai materiali utilizzati per gli elettrodi oppure particolari condizioni come pelle molto sottile e fragile tale da non sopportare l'applicazione dei cerotti adesivi. In tutti i casi dubbi è opportuno rivolgersi al proprio medico.

### SCHEDA ANAMNESI CARDIOLOGICA

I dati raccolti verranno trattati esclusivamente con le modalità e per i fini previsti dall'informativa fornita dalla farmacia.

Il sottoscritto: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sesso:  M  F C.F. \_\_\_\_\_

Esame:  ECG – elettrocardiogramma  
 Holter ECG – Elettrocardiogramma dinamico  
 Holter pressorio

#### Motivo dell'esame:

controllo \_\_\_\_\_  idoneità per attività sportiva non agonistica

#### Medico:

medico di base/ pediatra dr. \_\_\_\_\_  
 specialista dr. \_\_\_\_\_ disciplina \_\_\_\_\_

#### Questionario anamnestico:

- familiarità per patologie cardiovascolari (genitori, nonni, zii)
- infarto – angina pectoris
- pacemaker
- scompenso cardiaco
- ipertensione arteriosa
- fibrillazione atriale  cronica  paraossistica
- flutter atriale
- altre aritmie o palpitazioni
- sincope
- asma o altre difficoltà respiratorie
- fumo di sigaretta: n° sigarette/giorno \_\_\_\_ da anni \_\_\_\_
- iperglicemia / diabete  terapia \_\_\_\_\_
- ipercolesterolemia / ipertrigliceridemia
- obesità

#### Spazio riservato alla farmacia

Sigla operatore: \_\_\_\_\_

Refertazione: \_\_\_\_\_

#### Terapia farmacologica in atto:

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Con la sottoscrizione di questo documento, il sottoscritto dichiara di essere stato informato dal professionista sanitario riguardo ai benefici e agli eventuali rischi.

Trento, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ firma leggibile del dichiarante (o del genitore per i minorenni)  
 data del giorno dell'esame \_\_\_\_\_

Per i minori firma:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ ruolo \_\_\_\_\_ (genitore/tutore)

| Data di emissione | Data di revisione | Compilazione | Approvazione | Pag. | Di |
|-------------------|-------------------|--------------|--------------|------|----|
| 19/06/2017        | 19/11/2024        | GSQ          | DIR          | 1    | 1  |