

Richiesta di CONSULENZA CARDIOLOGICA
 ELETTROCARDIOGRAMMA

Paziente _____

N° di Cartella _____ Data di Nascita _____

Unità Operativa richiedente _____

STEP 1: Storia cardiovascolare e fattori di rischio cardiovascolare

TIPO A: <65 anni senza fattori di rischio cardiovascolare (ipertensione, fumo, dislipidemia, diabete)

TIPO B: ≥65 anni o con fattori di rischio cardiovascolare (ipertensione, fumo, dislipidemia, diabete)

TIPO C: Paziente con cardiopatia accertata. Se sì, specificare: _____

STEP 2: Motivo della richiesta di consulenza

In preparazione ad intervento chirurgico (Data, se disponibile: _____). Se sì, specificare:

Intervento a basso rischio (<1%)*	Intervento a rischio intermedio (1-5%)*	Intervento ad alto rischio (>5%)*
<input type="checkbox"/> Chirurgia dell'occhio (es. cataratta) <input type="checkbox"/> Chirurgia odontoiatrica <input type="checkbox"/> Chirurgia della tiroide <input type="checkbox"/> Chirurgia della mammella <input type="checkbox"/> Chirurgia generale che non prevede l'apertura della cavità peritoneale (es. ernie della parete addominale eseguite in anestesia loco-regionale, proctologia, etc.) <input type="checkbox"/> Chirurgia urologica minore (es. TURB, TURP) <input type="checkbox"/> Chirurgia ginecologica minore (es. RCU, isteroscopia) <input type="checkbox"/> Chirurgia superficiale (es. escissione lesione cutanea) <input type="checkbox"/> Chirurgia ortopedica minore (es. meniscectomia, polso) Chirurgia ricostruttiva	<input type="checkbox"/> Chirurgia della testa e del collo (maxillo-facciale benigna) <input type="checkbox"/> Chirurgia generale intraperitoneale (splenectomia, ernia iatale, colecistectomia, ernia inguinale non eseguita in anestesia loco-regionale, colon, stomaco) <input type="checkbox"/> Chirurgia ortopedica maggiore (chirurgia dell'anca o della colonna) <input type="checkbox"/> Neurochirurgia <input type="checkbox"/> Chirurgia ginecologica maggiore (es. isterectomia, taglio cesareo) <input type="checkbox"/> Chirurgia urologica maggiore (es. prostatectomia e nefrectomia)	<input type="checkbox"/> Chirurgia maxillo-facciale demolitiva <input type="checkbox"/> Resezione epatica, chirurgia del dotto biliare <input type="checkbox"/> Chirurgia duodeno-pancreatica <input type="checkbox"/> Riparazione di perforazione intestinale <input type="checkbox"/> Resezione surrenalica <input type="checkbox"/> Cistectomia totale <input type="checkbox"/> Trapianto polmonare o epatico <input type="checkbox"/> Taglio cesareo in gravidanze a rischio (es. preeclampsia, eclampsia e obese)
La valutazione cardiologica preoperatoria non è necessaria. ECG appropriato se età >45 anni.	La valutazione cardiologica preoperatoria non è necessaria. Per i pazienti di tipo B e C, è indicata l'esecuzione dell'ECG.	La valutazione cardiologica preoperatoria è appropriata solo per i pazienti di tipo C allo STEP 1. Per i pazienti di tipo A e B, è indicata l'esecuzione dell'ECG.

* Rischio di eventi cardiovascolari a 30 giorni dall'intervento. ** Linee guida 2022 della Società Europea di Cardiologia e della Società Europea di Anestesiologia sulla valutazione e gestione cardiovascolare della chirurgia non cardiaca. Procedura Aziendale.

altra motivazione (specificare): _____

Paziente ricoverato Sì No

Paziente deambulante Sì No

Firma per esteso leggibile con timbro del medico strutturato

N.B. Non saranno prese in considerazione le richieste compilate in maniera incompleta o non leggibile, o con firma assente o non leggibile.