



## Anamnesi cardiologica

## SCHEMA ANAMNESI CARDIOLOGICA

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

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

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ CHE:**

- Non ha contratto o non è a conoscenza che abbia contratto infezione da COVID19
- Ha contratto infezione da COVID19 ma è stato dichiarato guarito da ISS
- Non ha avuto contatti o non è a conoscenza di aver avuto contatti nell'ultimo mese con persone positive o in quarantena
- Non ha allo stato attuale sintomi riconducibili ad infezione COVID19 (tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, congiuntivite, febbre)

E si impegna a comunicare tempestivamente alla presente farmacia ogni eventuale variazione in merito alla dichiarazione di cui sopra

**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
- infarto – angina pectoris
- pacemaker
- scompenso cardiaco
- ipertensione arteriosa
- fibrillazione atriale  cronica  paraossistica
- flutter atriale
- altre aritmie o palpitazioni
- sincopi
- asma o altre difficoltà respiratorie
- fumo di sigaretta: n° sigarette/giorno \_\_\_\_ da anni \_\_\_\_
- iperglicemia / diabete  terapia \_\_\_\_\_
- ipercolesterolemia / ipertrigliceridemia  terapia \_\_\_\_\_
- obesità

**Spazio riservato alla farmacia**

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

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

Temp. corporea rilevata: \_\_\_\_\_

T. Accompagnatore: \_\_\_\_\_

**Terapia farmacologica in atto:**

- \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Trento, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 data del giorno dell'esame

\_\_\_\_\_ firma leggibile del dichiarante (o del genitore per i minorenni)

Per i minori firma:

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

Data di emissione	Data di revisione	Compilazione	Approvazione	Pag.	di
19/06/2017	06/06/2020	GSQ	DIR	1	1