

Richiesta di CONSULENZA CARDIOLOGICA
 ELETTROCARDIOGRAMMA

Paziente _____

N° di Cartella _____ Data di Nascita _____

Unità Operativa richiedente _____

Motivo del ricovero _____

STEP 1: Storia cardiovascolare e fattori di rischio cardiovascolare

- Cardiopatia ischemica (angina pectoris o precedente infarto del miocardio)
 Insufficienza cardiaca Ictus o attacco ischemico transitorio
 Insufficienza renale moderata o severa (creatininemia >2 mg/dL o CrCl <60 ml/min)
 Diabete mellito insulino-dipendente Obesità BMI tra 35 e 40
 METs < 4

STEP 2: Motivo della richiesta di consulenza

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

Basso rischio (<1%)	Rischio intermedio (1-5%)	Alto rischio (>5%)
<input type="checkbox"/> Chirurgia della cute <input type="checkbox"/> Chirurgia della mammella <input type="checkbox"/> Chirurgia odontoiatrica <input type="checkbox"/> Chirurgia Ambulatoriale <input type="checkbox"/> Chirurgia dell'occhio (cataratta) <input type="checkbox"/> Chirurgia ginecologica minore <input type="checkbox"/> Chirurgia ortopedica minore (meniscectomia, polso) <input type="checkbox"/> Chirurgia urologica minore (fimosi, orchiectomia, TURP, TURB) <input type="checkbox"/> Procedure Endoscopiche	<input type="checkbox"/> Chirurgia intraperitoneale: colecistectomia, stomaco, colon, splenectomia, ernia iatale. <input type="checkbox"/> Chirurgia della carotide (CEA o CAS) <input type="checkbox"/> Angioplastica arteriosa periferica <input type="checkbox"/> Riparazione endovascolare di aneurisma <input type="checkbox"/> Chirurgia della testa (maxillo facciale) e del collo (tiroide) <input type="checkbox"/> Chirurgia ortopedica e neurologica (chirurgia dell'anca o della colonna) <input type="checkbox"/> Chirurgia ginecologica o urologica <input type="checkbox"/> Trapianto renale <input type="checkbox"/> Chirurgia intratoracica minore	<input type="checkbox"/> Chirurgia aortica e vascolare maggiore <input type="checkbox"/> Rivascolarizzazione degli arti inferiore a cielo aperto o amputazione o trombo-embolctomia <input type="checkbox"/> Chirurgia duodeno-pancreatica <input type="checkbox"/> Resezione epatica, chirurgia vie biliari <input type="checkbox"/> Esofagectomia <input type="checkbox"/> Addome acuto (Perforazione/Occlusione intestinale, Empiema Colecisti, Ascessi addominali...) <input type="checkbox"/> Resezione surrenalica <input type="checkbox"/> Cistectomia totale <input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica maggiore (Lobectomia, Pneumectomia) <input type="checkbox"/> Trapianto polmonare – epatico <input type="checkbox"/> Neurochirurgia maggiore <input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo Facciale demolitiva o maggiore
<p>N.B. La consulenza cardiologica è indicata SOLO in presenza di storia cardiovascolare o fattori di rischio cardiovascolare (STEP 1) e/o con METs < di 4</p>	<p>N.B. La consulenza cardiologica è indicata SOLO in presenza di storia cardiovascolare o fattori di rischio cardiovascolare (STEP 1) e/o con METs < di 4</p>	

Rischio di morte cardiovascolare o infarto del miocardio a 30 giorni dall'intervento. Linee guida 2014 ESC/ESA e Update Linee Guida ESA 2018 sulla valutazione e gestione cardiovascolare della chirurgia non cardiaca.

- In preparazione all'esecuzione di altra diagnostica (specificare): _____
 Per cardiopatia sospetta (specificare): _____
 Per cardiopatia accertata (specificare): _____

Terapia in atto: _____

Paziente ricoverato Sì No
 Paziente deambulante Sì No

Firma per esteso leggibile e/o con timbro del medico strutturato