

Formulario d'annuncio per pazienti con malattia vascolare, cardiaca o diabete

Programma di terapia motoria riabilitativa secondo le direttive GSRC/SAKR, SGED/SSSED e SSA/SGA

DOCUMENTO INTERNO

(compilato dal medico curante)

Dati del paziente:

Nome: _____ Cognome: _____

Nato/a il: _____ CM: _____

Via e nr.: _____ NAP/Città: _____

Tel./Cell.: _____ Medico curante: _____

Prescrizione per il programma di riabilitazione

- ☐ Programma di riabilitazione cardiovascolare (36 sedute/12 settimane)
- ☐ Programma per pazienti diabetici Tipo II ("DiaFit") (12 settimane)
- ☐ Programma per pazienti con malattia occlusiva arteriosa (12 settimane)

Diagnosi (*): segnare tutto quanto fa al caso

- ☐ Infarto del miocardio con o senza PTCA
- ☐ Bypass
- ☐ Altri interventi sul cuore o sui grandi vasi
- ☐ PTCA, in particolare in caso di precedente inattività o di molteplici fattori di rischio
- ☐ Malattia cronica e fattori multipli di rischio refrattari alla terapia (ma con buona speranza di vita)
- ☐ Malattia cronica con cattiva funzione ventricolare
- ☐ Diabete Mellito Tipo II
- ☐ Malattia occlusiva arteriosa periferica sintomatica (dallo stadio Ila secondo Fontaine)
- ☐ Altro: _____

(*) N.d.R.: Criteri SAKR/GSRC, SGED/SSSED, SSA/SGA, OPre aggiornato 2022

Terapia completa: _____

Fattori di rischio cardiovascolare:

Fumo: Attivo/Pregresso/Non fumatore Famigliarità: SI/NO ITA: SI/NO

Peso Kg.: _____ Altezza cm: _____ BMI kg/m2: _____ Circonf. addom. cm: _____

Colesterolo: Tot.: _____ HDL: _____ LDL: _____ TG: _____ HbA1C: _____

Osservazioni: _____

Data: _____

Timbro e firma del medico

Per appuntamenti:

Tel.: 091 966 06 06

info@studiovezia.ch

www.studiovezia.ch

Direzione medica:

Dr. med. M. Moccetti
FMH Cardiologia