

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

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

**DOCUMENTO INTERNO**  
(compilato dal medico curante)

**Per appuntamenti:**

Tel.: 091 966 06 06

info@studiovezia.ch

www.studiovezia.ch

**Direzione medica:**

Dr. med. M. Moccetti  
FMH Cardiologia

**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 IIa secondo Fontaine)
  - Altro: \_\_\_\_\_
- 
- 

(\*) N.d.R.: Criteri SAKR/GSRC, SGED/SSED, 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/m<sup>2</sup>:** \_\_\_\_\_ **Circonf. addom. cm.:** \_\_\_\_\_

**Colesterolo:** Tot.: \_\_\_\_\_ HDL: \_\_\_\_\_ LDL: \_\_\_\_\_ TG: \_\_\_\_\_ HbA1C: \_\_\_\_\_

**Osservazioni:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_

**Timbro e firma del medico**

