

## Percorso Diagnostico Terapeutico Scompeso Cardiaco (I Fase Diagnostica)

Cognome	Nome	Data di nascita	Codice Fiscale

Breve anamnesi:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Data esordio sintomatologia: \_\_\_\_\_

Data inizio PDT \_\_\_\_\_

**ECG**       non eseguito       eseguito in data \_\_\_\_\_  positivo    negativo

**Rx Torace**    non eseguito       eseguito in data \_\_\_\_\_  positivo    negativo

**Esami di laboratorio**    non eseguito       eseguito in data \_\_\_\_\_

**BNP/NT-pro-BNP**    non eseguito    eseguito in data \_\_\_\_\_  positivo    negativo

**Ecocardio**    non eseguito       eseguito in data \_\_\_\_\_  positivo    negativo
**Conclusione:**
 a) invio in data \_\_\_\_\_  Centro per lo Scompeso                       Cardiologo Ambulatoriale

 b) priorità di invio al Centro per lo Scompeso                       Urgente       Elettivo

c) dopo consulenza con il Cardiologo ambulatoriale invio al Centro per lo scompeso in data \_\_\_\_\_

 d) paziente con SC associato a       disfunzione ventricolare sinistra       funzione sistolica preservata

e) PDT concluso per esito negativo in data \_\_\_\_\_

**Percorso Diagnostico Terapeutico Scopenso Cardiaco**  
(Modulo di Continuità Assistenziale)

Cognome	Nome	Data di nascita	Codice Fiscale

Diagnosi:

---



---

Data esordio sintomatologia: \_\_\_\_\_

Data inizio PDT \_\_\_\_\_

Data invio presso il Centro per lo Scopenso: \_\_\_\_\_

**Prestazioni eseguite presso il Centro per lo Scopenso**

**Ecocardio**                                       eseguito in data \_\_\_\_\_                                       non eseguito

**Titolazione terapia farmacologica**    eseguito in data \_\_\_\_\_                                       non eseguito

**Counseling**                                       eseguito in data \_\_\_\_\_                                       non eseguito

**Riabilitazione motoria**                       eseguito in data \_\_\_\_\_                                       non eseguito

**Arruolamento in studi clinici**          eseguito in data \_\_\_\_\_                                       non eseguito

**Valutazione funzionale mediante test ergospirometrico**

eseguito in data \_\_\_\_\_                                       non eseguito

Condizioni favorenti/aggravanti lo scopenso cardiaco da monitorare :

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

5) \_\_\_\_\_

6) \_\_\_\_\_

7) \_\_\_\_\_

8) \_\_\_\_\_

Appuntamenti presso Centro per lo Scopenso a cadenza:    annuale    semestrale    mensile

Valutazioni presso il MMG consigliate:

---



---