

**CERTIFICATO MEDICO CARDIOLOGICO**  
(da compilare a carico dello Specialista Cardiologo curante)

In relazione al quesito posto dalla Commissione Medica Locale, a richiesta del/la Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, si certifica quanto segue:

Patologie cardiovascolari di base: .....

.....

.....

.....

Trattamenti medici e/o chirurgici praticati: .....

.....

.....

Classe NYHA: .....

Frazione di eiezione: .....

Tipo di defibrillatore impiantabile: .....

.....

Il defibrillatore è stato impiantato in prevenzione  primaria /  secondaria in data .....

In passato, si sono verificati eventi documentati di intervento del defibrillatore? .....  SI /  NO

Se SI, quanti? .....

.....

A quale data risale l'ultimo episodio? .....

.....

Quale espressione clinica hanno avuto? In particolare, si sono verificate perdite di coscienza (anche di breve durata)? .....

.....

.....

Il/la paziente si sottopone a regolari controlli? .....  SI /  NO

Rispetta le prescrizioni dello specialista curante? .....  SI /  NO

Altre informazioni ritenute utili:.....

.....

.....

.....

***Si allega copia di lettura in telemetria recente (non più vecchia di 30 giorni).***

Data \_\_\_\_\_

Lo Specialista Cardiologo curante  
(timbro e firma)

\_\_\_\_\_