

da compilare a cura dello specialista cardiologo

**CERTIFICAZIONE SPECIALISTICA CARDIOLOGICA
DI CONTROLLO DELL'ICD**

Il sig./la sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

è stato sottoposto ad **impianto di defibrillatore** in data _____ a scopo di:

PROFILASSI PRIMARIA (vedi esami allegati)

L'ultimo ricovero risale a _____

Il compenso emodinamico è (specificare classe N.Y.H.A.) _____

Il dispositivo negli ultimi 6 12 n. _____ mesi

ha non ha presentato (ultima lettura in data _____):

• interventi di defibrillazione _____

• interventi di stimolazione antitachicardica _____

• interventi di shock inappropriato _____

Si sono non si sono

verificate turbe del ritmo significative in relazione ad alterazione dello stato di coscienza.

PROFILASSI SECONDARIA (vedi esami allegati)

L'ultimo ricovero risale a _____

Il compenso emodinamico è (specificare classe N.Y.H.A.) _____

Il dispositivo negli ultimi 6 12 n. _____ mesi

ha non ha presentato (ultima lettura in data _____):

• interventi di defibrillazione _____

• interventi di stimolazione antitachicardica _____

• interventi di shock inappropriato _____

Si sono non si sono

verificate turbe del ritmo significative in relazione ad alterazione dello stato di coscienza.

Luogo, data _____

Firma e timbro dello specialista

Clausola privacy. Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, i suoi dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa; Lei potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del Codice.