

## Scheda per la richiesta di consulenze cardiologiche in pazienti ricoverati

**NB: In caso di valutazione preoperatoria utilizzare l'apposita scheda**

La scheda indica le informazioni essenziali da rendere disponibili al momento della erogazione della consulenza.

La scheda deve essere compilata dal medico che ha in carico il paziente

Data \_\_\_\_\_ Medico referente \_\_\_\_\_

Nome del paziente \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_

MOTIVO DEL RICOVERO: \_\_\_\_\_

**DATI ANAMNESTICI (ALLEGARE EVENTUALE DOCUMENTAZIONE PRECEDENTE):**

**STORIA NOTA DI:**

Scoppio cardiaco

Cardiopatía ischemica

Ictus ischemico

Impianto di pace-maker

Angioplastica coronarica

Ictus emorragico

Impianto di defibrillatore

By-pass coronarico

AOC AA inferiori

Altre patologie croniche: \_\_\_\_\_

**FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE:**

Iperensione

Diabete

Ipercolesterolemia

**ESAMI DI LABORATORIO E DOCUMENTI DISPONIBILI IN CARTELLA:**

Emocromo

Creatinina

Elettroliti plasmatici

Profilo lipidico

NT-ProBNP

Troponina

Foglio terapia (orale ed endovenosa)  Eventuali altri documenti pertinenti con la valutazione richiesta:  \_\_\_\_\_

QUESITO CLINICO: \_\_\_\_\_

**CONDIZIONI CLINICHE DEL PAZIENTE RILEVANTI PER DETERMINARE IL GRADO DI URGENZA:**

**(cerchiare le caselle pertinenti relative ai parametri clinici rilevati sul paziente)**

	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza respiratoria		<8	8	9-17	18-20	21-29	≥30
Frequenza cardiaca		<40	40-50	51-100	101-110	111-129	≥130
PA sistolica	≤70	71-80	81-100	101-159	160-199	200-220	>220
Dolore toracico				Assente	Aspecifico	Angor da sforzo	Angor a riposo
Dispnea				Assente	Per sforzi moderati	Per sforzi lievi	A riposo /ortopnea

**0 pt -> Codice bianco (consulenza erogata entro 3 giorni lavorativi)**

**1 pt -> Codice verde (consulenza erogata entro 2 giorni lavorativi)**

**2 pt -> Codice giallo (consulenza erogata entro 1 giorno lavorativo)**

**3 pt -> Codice giallo (consulenza erogata entro 6 ore)**

**>3 pt -> Codice rosso (contattare direttamente il consulente per una valutazione immediata)**

**SCORE:**

\_\_\_\_\_  
Firma del medico richiedente