

Richiesta prima valutazione ambulatoriale per paziente con rischio cardiovascolare moderato/alto e molto alto

Da inviare via e-mail a **cardio.dislipidemie.lu@auslromagna.it** unitamente ad impegnativa per PRIMA VISITA CARDIOLOGICA CON ECG

DATI ANAGRAFICI

INIZIALI Cognome e nome _____ Codice fiscale _____
Data di nascita _____ Numero di telefono _____
Provincia residenza _____

Indicazioni alla prima valutazione ambulatoriale

RISCHIO MOLTO ALTO	<input type="checkbox"/> Cardiopatia ischemica (CIC, SCA, PCI, CABG, coronaropatia almeno bivasale e >50% documentata alla TAC) <input type="checkbox"/> Malattia cerebrovascolare ischemica (Ictus, TIA, rivascolarizzazione carotidea, stenosi significativa all'eco-TSA) <input type="checkbox"/> Arteriopatia periferica <input type="checkbox"/> Diabete mellito con uno o più fattori di rischio cardiovascolare (Diabete mellito+ ipertensione arteriosa, diabete mellito+fumo) <input type="checkbox"/> Diabete mellito con danno d'organo (retinopatia, microalbuminuria, neuropatia) <input type="checkbox"/> SCORE2 \geq 10% <input type="checkbox"/> Ipercolesterolemia familiare + un altro fattore di rischio (Dutch score > 8)
RISCHIO ALTO	<input type="checkbox"/> Singolo fattore di rischio elevato (es. LDL > 190 mg/dl, PA > 180/110 mmHg) <input type="checkbox"/> Diabete mellito senza danno d'organo o con 1 fattore di rischio o durata DM > 10 anni <input type="checkbox"/> IRC moderata (eGFR 30-59 ml/min/1,73m2) <input type="checkbox"/> SCORE2 > 5 e < 10% <input type="checkbox"/> Ipercolesterolemia familiare senza fattore di rischio (Dutch score > 8)
RISCHIO MODERATO	<input type="checkbox"/> SCORE 2 \geq 1% e < 5% <input type="checkbox"/> Durata diabete mellito < 10 anni in pz giovani (DM tipo 1 < 35 aa; DM tipo 2 < 50 aa)

La valutazione è indicata se è presente almeno una delle seguenti caratteristiche:

- almeno 6 mesi di terapia con statina (massima dose tollerata) + ezetimibe
- ezetimibe in monoterapia se intollerante a statine (indicare a quali statine è intollerante: _____);
- nessuna terapia se intollerante a statine ed ezetimibe (indicare a quali statine è intollerante: _____);

Medico proponente (timbro e firma) _____
Sede di lavoro _____
Recapito Telefonico _____