

PSDTA Scompenso Cardiaco

Modulo segnalazione paziente ambulatoriale affetto da scompenso cardiaco cronico da compilare a cura del medico e da inviare tramite e-mail alla COT (cot@aslcn2.it tel. 0172 1404949)

Dati anagrafici del paziente	
Nome e Cognome	
Data di nascita	
Numero di telefono del paziente	
Nominativo e numero telefono del caregiver	
Medico inviante (nome, ruolo, telefono)	
MMG	

Il paziente è affetto da scompenso cardiaco cronico stadio C o D?

Si	NO - paziente non arruolabile
----	-------------------------------

*Stadio C: cardiopatia strutturale con segni e sintomi di scompenso cardiaco pregressi o in atto

*Stadio D: cardiopatia strutturale con sintomi tali da interferire con la vita quotidiana e con ospedalizzazioni frequenti nonostante terapia medica massimale

Se SI, compilare i seguenti campi

Stadio*	Stadio C	Stadio D
Se stadio C seguito in ambulatorio II livello, indicare la motivazione		
Se prossimo controllo anticipato rispetto a quanto previsto da protocollo, indicare la motivazione		
Diagnosi		
Classe NYHA		
Frazione di eiezione		

*Stadio D: presa in carico ambulatorio SC II livello (ospedale)

Stadio C: presa in carico ambulatorio SC I livello (territorio)

Allegare le DEMA per i controlli successivi:

- stadio C: ECG a 6 mesi, visita cardiologica di controllo con ECG e ecocardiogramma a 12 mesi, esami ematici
- Stadio D: visita cardiologica di controllo con ECG ed ecocardiogramma a 6 mesi, esami ematici