

**Oggetto: accertamenti cardiologici Sig.....**

Il Sig. .... è stato sottoposto ad  
impianto di defibrillatore in data .....  
a scopo di :

□ **PROFILASSI PRIMARIA** (vedi esami allegati)

- L'ultimo ricovero risale al.....
- La frazione di eiezione del paziente è.....%
- Il compenso emodinamico è (sufficiente, buono ecc....)  
.....
- Il dispositivo negli ultimi sei mesi ha presentato/non  
ha presentato (ultima lettura in data .....):
  - ☐ interventi di stimolazione antitachicardica
  - ☐ interventi di defibrillazione
- Si sono verificate/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 al.....
- La frazione di eiezione del paziente è.....%
- Il compenso emodinamico è (sufficiente, buono ecc....)  
.....
- Il dispositivo negli ultimi sei mesi ha presentato/non  
ha presentato episodi di attivazione (ultima lettura in  
data .....).
- Si sono verificati/non si sono verificati
  - ☐ interventi di stimolazione antitachicardica
  - ☐ interventi di defibrillazione
- Si sono verificate/non si sono verificate turbe del ritmo  
significative in relazione ad alterazione dello stato di  
coscienza.

Data.....

Timbro e firma del cardiologo

*N.B. La presente certificazione deve essere prodotta alla Commissione Medica  
Locale il più tempestivamente possibile.*