

**Certificato per pazienti portatori di defibrillatore automatico
(da presentare all'atto della visita presso la Commissione Medica Locale)**

Si attesta che il/la Sign./Sign.ra _____
nato/a il ____/____/____ a _____,
C.F. _____ è paziente portatore di defibrillatore automatico impiantabile.

Diagnosi che ha condotto all'impianto (indicare la patologia)

Data del 1° impianto ____/____/____ Data ultima sostituzione ____/____/____

Indicazione all'impianto: ☐ Prevenzione primaria ☐ Prevenzione secondaria

Attivazione/i (specificare se con ATP o shock):

- ☐ MAI
- ☐ Sì, pregressa/e (in data anteriore a 6 mesi)
- ☐ Sì, negli ultimi 6 mesi (data ____/____/____; ____/____/____; ____/____/____; ____/____/____)

Motivo dell'ultima attivazione: ☐ FV ☐ TV

L'attivazione/i, anche se pregressa/e, ha determinato presincope/sincope?

- ☐ NO
- ☐ Sì, solo una volta (in data ____/____/____) e da tale episodio è trascorso **più/meno** di 1 anno di condizioni cardiologiche stabili
- ☐ Sì, più di una volta

FE ____ % rilevata all'ultimo ecocardiogramma effettuato in data ____/____/____

- ☐ stabile ☐ in miglioramento ☐ in peggioramento

(in caso di eco non recente spiegarne i motivi)

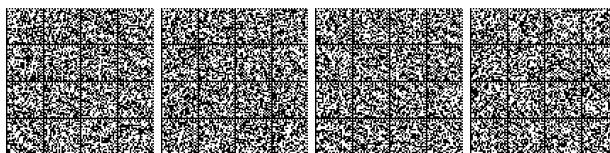
Classe NYHA ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

Terapia antiaritmica in corso ☐ SI ☐ NO

Condizioni cardiologiche generali (in rapporto alla stabilità della patologia):

- ☐ quadro clinico stabile (non modificazioni significative del quadro patologico cardiaco, assenza di ricoveri recenti, non modifiche della terapia)

Ovvero



☐ ricovero negli ultimi 6 mesi (data ____/____/____). Motivo del ricovero: _____

☐ modifica della terapia farmacologica ☐ Sì ☐ No

Risultanze di eventuali altri accertamenti strumentali utili all'inquadramento del caso (ECG, prova da sforzo, ecc):

Data: ____/____/____

TIMBRO E FIRMA DEL CARDIOLOGO

