- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 13.59.82.167 Wed, 24 Apr 2024, 10:44:25

Diario-paziente per il monitoraggio ECG prolungato

Cognome _____ Nome _____ Nato il _____ a _____ Sesso ____

Residenza _____ Tel. _____ Cod. fisc. _____

Med. base _____ Tel. famil. _____

Tipo di registratore utilizzato

☐ Holter ☐ Event recorder

☐ Loop recorder esterno ☐ Loop recorder impiantabile

Indicazione al monitoraggio:

Data inizio monitoraggio: ____ /____ /____

Data fine monitoraggio: ____ /____ /____

Medico di riferimento: _____

Telefono (per eventuale trasmissione delle registrazioni e/o informazioni): _____

_____

Gentile Signora/Signore,

Le chiediamo cortesemente di annotare in questo diario gli eventuali sintomi da Lei accusati (cardiopalmo, sincope, presincope, dispnea, dolore toracico, vertigini e astenia), registrando la data e l'ora di ogni evento, e di indicare se è stato accompagnato da trauma o incidenti. Le chiediamo, inoltre, di annotare se ha attivato efficacemente il registratore in Suo possesso e se ha trasmesso telefonicamente la registrazione (qualora il registratore lo permetta).

Le ricordiamo che: (1) il **cardiopalmo** è la percezione di un battito cardiaco anomalo; (2) la **sincope** è una perdita di coscienza associata all'incapacità di mantenere la posizione eretta; (3) la **pre-sincope** è caratterizzata da una serie di segnali e sintomi che preannunciano una sincope imminente (grave sensazione di mancamento, grave debolezza, offuscamento della vista, perdita dell'udito accompagnati dalla difficoltà a mantenere la posizione eretta e sudorazione); (4) la **dispnea** è la sensazione di respiro difficoltoso; (5) l'**astenia** è la sensazione di stanchezza esagerata.
Nel caso si verifichi un evento sincopale, soprattutto se associato a traumi, contatti al più presto il medico di riferimento.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 13.59.82.167 Wed, 24 Apr 2024, 10:44:25

Tipo di sintomo	Data (gg/mm/aa)	Ora	Traumi associati (sì/no)	Attivazione registrazione (sì/no)	Trasmissione della registrazione (sì/no)

Tipo di sintomo	Data (gg/mm/aa)	Ora	Traumi associati (sì/no)	Attivazione registrazione (sì/no)	Trasmissione della registrazione (sì/no)

Tipo di sintomo	Data (gg/mm/aa)	Ora	Traumi associati (sì/no)	Attivazione registrazione (sì/no)	Trasmissione della registrazione (sì/no)