



## Scheda dei dati del paziente

da compilare da parte del medico curante

Nome	Cognome	
Indirizzo	NPA/loc.	
Telefono	Cellulare	
Email		
Data di nascita	Donna	Uomo

### Diagnosi

Cuore

Altre

Fattori di rischio

### ECG sotto sforzo

Data	Watt	Segni d'ischemia		Disturbi del ritmo		FC a riposo	FC mass.	PA mass.
		sì	no	sì	no			
		sì	no	sì	no			
		sì	no	sì	no			
		sì	no	sì	no			

Altre osservazioni

p.f. voltare

Nome

Cognome

Ulteriori osservazioni

Luogo/data

Timbro/firma

.....

**Indirizzo gruppo del cuore**

Indirizzo

NPA/loc.

Email

Telefono