

**CERTIFICATO CARDIOLOGICO PER PAZIENTI PORTATORI DI
ICD AI FINI DELLA IDONEITÀ ALLA GUIDA**

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

- PROFILASSI PRIMARIA (vd. esami allegati)**
- PROFILASSI SECONDARIA (vd. esami allegati)**

A) l'ultimo ricovero risale al

B) la frazione di eiezione è%

C) il compenso emodinamico è (specificare la classe N.Y.H.A.).....

D) il dispositivo negli ultimi 6 mesi ha registrato (ultima lettura in data/...../.....):

- interventi di stimolazione antitachicardica **[sì]** **[no]**
- interventi di defibrillazione **[sì]** **[no]**
- interventi di shock inappropriato **[sì]** **[no]**

E) negli ultimi 6 mesi si sono verificate turbe del ritmo in relazione ad alterazione dello stato di coscienza **[sì]** **[no]**

F) il prossimo controllo del dispositivo è previsto per il/...../.....

Data

...../...../.....

**Timbro e firma
del Medico Specialista Cardiologo**