

Data

ANAGRAFICA

Cognome

Nome

Luogo di nascita

Data di nascita

Telefono

Indirizzo

Professione

FATTORI DI RISCHIO

Familiarità per cardiopatia ischemica ☐ Sì ☐ No

Esercizio fisico ☐ Sì ☐ No

Familiarità per ipertensione arteriosa ☐ Sì ☐ No

Ipertensione arteriosa ☐ Sì ☐ No

Fumo ☐ Sì ☐ No

Dislipidemia (trigliceridi / colesterolo alti) ☐ Sì ☐ No

Sovrappeso ☐ Sì ☐ No

Diabete mellito ☐ Sì ☐ No

Sottopeso ☐ Sì ☐ No

Uso alcool ☐ Sì ☐ No

Stato di salute ☐ Scadente ☐ Buono ☐ Eccellente

Alimentazione ☐ Scadente ☐ Buono ☐ Eccellente

Altro da segnalare

VISITA CARDIOLOGICA – ECG

Referto

Esami di laboratorio

Ulteriori indagini

Dott. _____

Firma _____