



PROGETTO “No Ictus, No Infarto”

COGNOME:	
NOME:	
Età:	
Recapito telefonico:	
Inviato da:	Rotary Club Medico di famiglia:
	Altro (specificare ad es. stampa, Tg, internet):
Altezza:	
Peso:	
Indice di massa corporea	
Circonferenza vita (cm):	

Familiarità positiva:	
cardiopatía ischemica	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
malattie cerebro-vascolari	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ipertensione arteriosa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ipercolesterolemia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
diabete mellito	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
FATTORI DI RISCHIO CV:	
Ipertensione arteriosa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ipercolesterolemia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Diabete mellito	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Fumo di sigarette (specificare il numero e se ex fumatore da quanti anni):

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

Sovrappeso (se IMC tra 25 e 29,9 Kg/mq):

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

Obesità (se IMC \geq 30 Kg/mq):

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

Sindrome metabolica (presenza di almeno 3 delle seguenti condizioni):

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

- circonferenza vita \geq 102 cm negli uomini e \geq 88cm nelle donne;
- diabete mellito o glicemia a digiuno \geq 110 mg/dl;
- trigliceridemia \geq 150 mg/dl;
- HDL \leq 40 mg/dl negli uomini e \leq 50 mg/dl nelle donne;
- Pressione arteriosa \geq 130/85 mmHg o trattamento anti-ipertensivo.

Uso di bevande alcoliche: lieve moderato eccessivo

Consumo di sale da cucina: lieve moderato eccessivo

Sedentarietà:

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

Fai attività fisica? (se si specificare cosa):

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

Quando pratici attività sportiva o svolgi eventi della vita quotidiana ti capita di avvertire stanchezza o dolore al petto?

Fai periodicamente gli esami del sangue

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

Segnalare alterazioni degne di nota se esibiti esami:

Disturbi della tiroide

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

Pregresse neoplasie (eventualmente specificare):

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

Pregressi eventi di trombosi venosa profonda:

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

Pregressi eventi cardiovascolari (se si specificare cosa):

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

TERAPIA:

ESAME OBIETTIVO CARDIACO

PAO:

Soffi:

ELETTROCARDIOGRAMMA

Ritmo sinusale:

Frequenza cardiaca:

Conclusioni:

ECO COLOR DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI

IMT:

Placche:

Conclusioni:

PRESCRIZIONI E SUGGERIMENTI