



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA - P.IVA 01151150867
VERIFICA CARDIOLOGICA IL GIORNO DELL'ESAME E FOLLOW UP

rev. 0.0 2024

PAZIENTE:

NOME

COGNOME

DATA DI NASCITA

U.O.

Paziente esterno

DATA __ / __ / _____

VERIFICA DA ESEGUIRSI IL GIORNO DELL'ESAME		
<i>PRE-INDAGINE</i>		
Follow-up del dispositivo e programmazione in modalità pro-MRI	SI	NO
Follow-up del dispositivo e se NON MRI- conditional programmazione nella modalità più adeguata per il paziente	SI	NO

Il cardiologo
Firma e timbro

<i>POST-INDAGINE</i>		
Follow-up del dispositivo e programmazione in modalità appropriata	SI	NO
Dopo la scansione si è mantenuta la programmazione che era presente prima della scansione	SI	NO
Si sono verificate problematiche	SI	NO

Il cardiologo
Firma e timbro
