SCHEDA ACCETTAZIONE LOOP RECORDER ESTERNO

(Cortrium C3 plus)

COPIA PAZIENTE

Sig/ra_____, data:_____

Il LOOP RECORDER ESTERNO *è un innovativo sistema di registrazione prolungata (di 7 gg in 7 gg) del suo elettrocardiogramma (ECG) mediante l'applicazione sul torace di un piccolo dispositivo che consente di tenere in memoria il suo tracciato elettrocardiografico.*
L'esame ha la finalità di consentire la registrazione dell'ECG mentre Lei svolgerà le sue abituali occupazioni o meglio ancora, quelle occupazioni che si associano alla sintomatologia possibile oggetto dell'indagine. L'apparecchio registrerà automaticamente un tracciato ecg a tre derivazioni sia durante il giorno sia durante la notte, tenendo in memoria eventi aritmici o pause prolungate del suo battito; tramite una leggera pressione di un pulsante centrale ⦿ Lei potrà segnalarci, in qualunque momento, l'attività elettrica del suo cuore in modo che, in fase di lettura, sia possibile analizzare dettagliatamente l'andamento del suo battito in quel preciso momento.

COME SI ESEGUE

Il piccolo registratore Le verrà applicato sul torace mediante tre elettrodi. La durata della registrazione consigliata è generalmente di 7 giorni eventualmente ripetibili dopo controllo presso il ns centro dello stato della batteria ed una sua eventuale ricarica. Il registratore dovrà essere tolto(NON NELLE PRIME 24 ORE) per la doccia e potrà essere subito dopo riapplicato mediante nuovi elettrodi che Le verranno forniti. Questo vale anche dopo un'eccessiva sudorazione come dopo un'attività sportivo-ludica.
Vi invitiamo a tenere con la massima cura quanto Vi verrà consegnato. Con il personale che Le applicherà il dispositivo si farà un check dello stato di quanto Vi verrà dato e lo stesso avverrà al momento della riconsegna.

Al momento dell'applicazione vi verrà fornito il presente diario su cui annotare l'orario delle principali attività svolte e/o degli eventuali sintomi avvertiti. ***Qualora Lei ci volesse segnalare un disturbo in particolare (extrasistolia, tachicardia, fibrillazione, sincopi…) dovrà premere BREVEMENTE l'apposito tasto multifunzione ⦿ sito al centro del dispositivo (figura a lato) e riportarlo sul diario segnalando il giorno e l'ora.***
In questo modo sarà possibile, al medico che referterà l'esame, verificare la risposta del vostro cuore all'attività fisica e/o correlare eventuali sintomi con il tracciato elettrocardiografico.
Per quanto concerne la terapia attenetevi alle indicazioni del medico che ha richiesto l'esame. L'apparecchio in uso presso il ns studio è schermato secondo normativa e non è influenzato ne influenza campi elettromagnetici.

A COSA SERVE *. Le principali motivazioni che spingono il medico a richiedere l'applicazione del LOOP RECORDER sono le seguenti:*

- *Individuazione di disturbi presenti occasionalmente come battiti irregolari, palpitazioni, tachicardie, bradicardie, fibrillazione atriale e disturbi del ritmo e della conduzione in generale*
- *Individuazione di aritmie non avvertite dal Paziente ma correlabili con patologie la cui causa è incerta (ad es ictus cerebri)*
- *Studio delle cause della sincope (svenimenti) e della presincope*
- *L'esame invece non viene routinariamente eseguito per lo studio della cardiopatia ischemica e della sua sintomatologia (angor e/o equivalenti anginosi).*

In caso di problemi potrà contattare il centro allo 065672918 o lo 3333750272. ***Il referto vi verrà consegnato solo al termine del periodo programmato di registrazione.***

Diario

DATA	ORA	⊙	ATTIVITA'	SINTOMI

DATA	ORA	⦿	ATTIVITA'	SINTOMI

DATA	ORA	⊙	ATTIVITA'	SINTOMI

RIPORTARE IL PRESENTE DIARIO, ANCHE SE PARZIALMENTE COMPILATO, PER UNA CORRETTA INTERPRETAZIONE DELL'ESAME

Per eventuali ulteriori informazioni, per visione della recente bibliografia, consulti anche il mio sito www.andrealimiti.it alla pagina: https://www.andrealimiti.it/fare.php?aid=27

Vers. 3.2 del 09-11-2023

SCHEDA ACCETTAZIONE LOOP RECORDER *(Cortrium C3 plus)*

COPIA MEDICO

Sig/ra_____, Tel:_____

Data di nascita:_____, Età: _____, Peso:_____, Altezza:_____

Applicato il _____Data presunta fine registrazione_____

Medico Inviante:_____

Voltaggio inizio registrazione_____Voltaggio fine registrazione_____

Controllato assenza di dati da scaricare dalla precedente registrazione: SI, NO

Firmato scheda accettazione : ☐ SI, ☐ NO

STATO DEL DISPOSITIVO ALLA RICONSEGNA:

☐invariato rispetto alla consegna

☐ danneggiato_____

Quesito clinico:_____

_____

Terapia assunta:_____

Mi è stato esaurientemente spiegato a voce dal personale sanitario che mi ha applicato l'apparecchio, quanto dettagliatamente scritto nell'apposito diario che mi viene consegnato; da parte mia mi impegno a tenere i dispositivi con la massima diligenza.

Data_____ Firma_____