



HOLTER ECG		Combinato	MAP 24 ore
Sig.		Data:	
motivo della richiesta?		CAVO:	
DATA DI NASCITA:	P.M:		DISTURBI EVENTUALI
	ha la fibrillazione atriale?		SINTOMI RIFERITI
ven/lun	ATTIVITA'/ EMOZIONI		↓
	scrivere sul diario : l'ora di pranzo,l'ora di cena,l'ora d'inizio del riposo notturno, la sveglia del mattino,sforzi fisici che abbiano una rilevanza -- -- attività sportiva-- attività lavorativa		↓
15 inizio			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14,00			
SCRIVERE LA TERAPIA IN CORSO(*) 	<u>nome</u>	_____	
	<u>ora</u>	_____	
	<u>dose</u>	_____	
ATTENZIONE: IN CASO DI RITARDO CONSEGNA AVVISARE PER TEMPO			
Consegnare in accettazione: Piano -1			
DA CONSEGNARE DALLE ORE 8,00 ALLE ORE 9,00 DEL			