



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

mart/ven	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(*) 	<table style="width:100%;"> <tr><td><u>nome</u></td><td>_____</td></tr> <tr><td><u>ora</u></td><td>_____</td></tr> <tr><td><u>dose</u></td><td>_____</td></tr> </table>	<u>nome</u>	_____	<u>ora</u>	_____	<u>dose</u>	_____
<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 14,00 ALLE ORE 14,45 DEL