

ANNESSE 3

Certificato medico specialistico cardiologico per patente nautica di categoria ____, tipo ____,
con abilitazione alla navigazione _____ dalla costa

Si certifica che il Sig./la Sig.ra _____ C.F. _____, nato/a a _____, il ___/___/___ è affetto/a da (selezionare i casi che ricorrono e cancellare le voci che non interessano):

1. Ipertensione arteriosa **SI/NON** in controllo farmacologico, ultimo valore PA _____ (vedi punto A);
2. Bradiaritmie con anamnesi **positiva/negativa** per sincope **SI/NON** corrette, con scomparsa del sintomo dopo posizionamento di PM (attualmente **normofunzionante/malfunzionante**) in data ___/___/___ (ultima sostituzione ___/___/___), con ultimo controllo in data ___/___/___ e con durata residua del generatore stimata in _____ **mesi/anni**;
3. Bradiaritmie o tachiaritmie con anamnesi **positiva/negativa** per sincope portatore di loop recorder;
4. Bradiaritmie o tachiaritmie con anamnesi **positiva/negativa** per sincope con RIFIUTO DEL PAZIENTE ad impianto di PM/ICD;
5. Cardiopatia che ha portato ad impianto di ICD o CRTD (vedi modulo specifico per defibrillatori);
6. Aritmia **sopraventricolare/ventricolare** (compresa fibrillazione atriale) in buon controllo farmacologico o sottoposta ad ablazione a **basso/alto** rischio di sincope **CON/SENZA** segni di cardiopatia strutturale (vedi punto A), EHRA score _____;
7. Sintomatologia da angina (**stabile in CCS** _____, **instabile**, **di Prinzmetal/vasospastica/microvascolare**);
8. Cardiopatia ischemica cronica:
 - **SI/NON** post-infartuale con (IMA del _____), ultimo valore di FE _____ (vedi punti 9 e A);
 - Coronaropatia **monovasale/bivasale/trivasale** rivascolarizzata mediante **nr** _____ **PCI/nr** _____ **CABG** a **basso/alto** rischio ischemico residuo con ultimo test ergometrico del _____ risultato _____;
9. Cardiomiopatia dilatativa ad eziologia (specificare) _____ con ultimo valore di FE _____, **SI/NON** portatore di ICD o CRTD (vedi punto A), classe NYHA _____;
10. Valvulopatia: **stenosi/insufficienza aortica grado** _____, **stenosi/insufficienza mitralica grado** _____, **stenosi/insufficienza tricuspidalica grado** _____, **stenosi/insufficienza polmonare grado** _____ sottoposta **SI/NON** a intervento **percutaneo/chirurgico** di _____ in data ___/___/___ (vedi punto A e referto allegato);
11. Trapianto di cuore, dispositivo di assistenza ventricolare in sede, cardiopatia congenita complessa (vedi referto visita di controllo in data ___/___/___);
12. Cardiomiopatie strutturali ed elettriche (specificare): **cardiomiopatia ipertrofica (HCM)**, **cardiomiopatia aritmogena (ARVD, ARVC, ACM, ...)**, **cardiomiopatia dilatativa (DCM, vedi punto 9)**, **amiloidosi cardiaca**, **cardiomiopatia restrittiva**, **non compattazione miocardica**, **malattia di Chagas**, **sindrome del QT lungo**, **sindrome del QT corto**, **sindrome di Brugada**, **tachicardia ventricolare polimorfa catecolaminergica** (vedi referto visita di controllo del ___/___/___);
13. Dissezione/aneurisma aortico del tratto (specificare) _____, con diametro massimo _____, **NO** **SI** sottoposto a riparazione **percutanea/chirurgica** in data ___/___/___, ultimo controllo strumentale in data ___/___/___ (vedasi referto allegato);



DATI DA RIPORTARE OBBLIGATORIAMENTE:

A. Ultimo controllo ecocardiografico (o altra metodica strumentale se più indicata, ad es. TC, RM, ...) in data ___/___/___ (allegato);

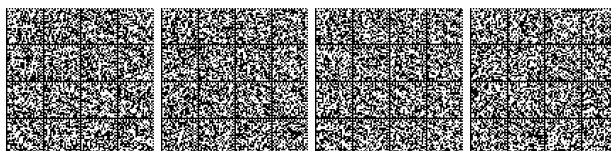
B. Terapia in atto: _____

C. Altri referti allegati: _____

D. Altro (specificare): _____

_____, li ___/___/___

TIMBRO E FIRMA DEL CARDIOLOGO



**Certificato per pazienti portatori di defibrillatore automatico
(da presentare all'atto della visita presso la Commissione Medica Locale)**

Si attesta che il/la Sign./Sign.ra _____
nato/a il ___/___/____ a _____,
C.F. _____ è paziente portatore di defibrillatore automatico impiantabile.

Diagnosi che ha condotto all'impianto (indicare la patologia)

Data del 1° impianto ___/___/____ Data ultima sostituzione ___/___/____

Indicazione all'impianto: Prevenzione primaria Prevenzione secondaria

Attivazione/i (specificare se con ATP o shock):

- MAI
- Sì, pregressa/e (in data anteriore a 6 mesi)
- Sì, negli ultimi 6 mesi (data ___/___/____; ___/___/____; ___/___/____; ___/___/____)

Motivo dell'ultima attivazione: FV TV

L'attivazione/i, anche se pregressa/e, ha determinato presincope/sincope?

- NO
- Sì, solo una volta (in data ___/___/____) e da tale episodio è trascorso **più/meno** di 1 anno di condizioni cardiologiche stabili
- Sì, più di una volta

FE ___ % rilevata all'ultimo ecocardiogramma effettuato in data ___/___/____

- stabile in miglioramento in peggioramento

(in caso di eco non recente spiegarne i motivi)

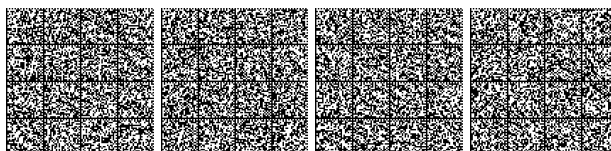
Classe NYHA I II III IV

Terapia antiaritmica in corso SI NO

Condizioni cardiologiche generali (in rapporto alla stabilità della patologia):

- quadro clinico stabile (non modificazioni significative del quadro patologico cardiaco, assenza di ricoveri recenti, non modifiche della terapia)

Ovvero



ricovero negli ultimi 6 mesi (data ___/___/____). Motivo del ricovero: _____

modifica della terapia farmacologica Sì No

Risultanze di eventuali altri accertamenti strumentali utili all'inquadramento del caso (ECG, prova da sforzo, ecc):

Data: ___/___/_____

TIMBRO E FIRMA DEL CARDIOLOGO

