



MESE DELLA PREVENZIONE DELLE MALATTIE VASCOLARI
Focus – Malattie della circolazione degli arti inferiori

FORM PER MEDICO CURANTE (LATO A)

Gentile Collega,

Data

Questa visita fa parte di un'iniziativa per una Campagna su base volontaristica di Prevenzione delle Malattie Vascolari, promossa dalla Consulta delle Società Scientifiche e Associazioni Pazienti per le Malattie Vascolari su territorio nazionale.

Ho visitato il/la sig. (Nome e Cognome) _____

Età _____

Città _____ (Prov. ____)

Anamnesi

Precedenti Cardio-Vascolari

si ☐ no ☐

Fattori di Rischio

Diabete

si ☐ no ☐

Ipertensione

si ☐ no ☐

Ipercolesterolemia / Trigliceridi

si ☐ no ☐

Obesità

si ☐ no ☐

Fumo

si ☐ no ☐ ex ☐

Attività fisica

si ☐ no ☐ attivo ☐

Altro

Sintomatologia

Claudicatio

si ☐ no ☐

Edema / discromie

si ☐ no ☐

Altro

Già effettuate in passato valutazioni cliniche per problemi circolatori

Arti inferiori

si ☐ no ☐

Carotidi

si ☐ no ☐

Aorta

si ☐ no ☐

Consigli:





OBIETTIVITÀ CLINICA (LATO B)

Sistema arterioso

Polsi

Se assenza polsi → ABI

dx si ☐ no ☐ sn si ☐ no ☐

dx _____ sn _____

Se eseguito Ecocolordoppler

IMT su femorale comune

dx _____ sn _____

Steno\Occlusione

Iliaco femorale

dx ☐ sn ☐

Femoro poplitea

dx ☐ sn ☐

Tibiale

dx ☐ sn ☐

Sistema venoso

Superficiale

Grande safena dx

norm ☐ pat ☐

Piccola safena dx

norm ☐ pat ☐

Grande safena sn

norm ☐ pat ☐

Piccola safena sn

norm ☐ pat ☐

Profondo

CUS dx

norm ☐ pat ☐

CUS sn

norm ☐ pat ☐

Conclusioni:

Consigli:

Giudizio finale:

Rischio vascolare

B ☐ M ☐ A ☐

NB. Tale referto non ha alcuna valenza medico-legale, ma ha esclusivamente scopo promozionale di prevenzione.

Timbro e Firma

Via Flaminia, 330 – 00196 Roma (c/o LTM & Partners srl)
segreteria: segreteriaconsulta@consultamalattievascolari.it

