SCHEDA ACCETTAZIONE ESAME HOLTER

COPIA PAZIENTE

Sig/ra_____, data:_____

*Conosciuto anche come "**ECG dinamico secondo Holter**", questo esame prende il nome dal ricercatore che lo inventò. Si tratta di un elettrocardiogramma (ECG) di lunga durata, in genere compresa tra 24 e 72 ore, che ha la finalità di registrare l'attività elettrica del cuore in un ampio arco temporale. L'esame ha il pregio di consentire la registrazione dell'ECG mentre il Paziente svolge le sue abituali occupazioni o meglio ancora, quelle occupazioni che si associano alla sintomatologia possibile oggetto dell'indagine.* ***COME SI ESEGUE*** *Nell'ambulatorio viene applicato lo strumento che consiste in un semplice registratore portatile delle dimensioni di poco superiori ad un comune telefonino. L'apparecchio, legato in vita da una cintura è collegato alla cute attraverso dei sottili cavi connessi ad elettrodi adesivi. Il Paziente può tornare alle proprie occupazioni portando con se l'apparecchiatura e può così svolgere le sue abituali attività, ritornando presso lo studio solo per il suo smontaggio. Naturalmente non può fare il bagno o la doccia per ovvi motivi mentre può regolarmene muoversi, camminare e, se non altrimenti controindicato, fare attività fisica. La registrazione avviene ininterrottamente durante sia le ore diurne che notturne. 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 e l'orario dei farmaci assunti. 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'ecg dinamico secondo Holter sono: • Correlazione di disturbi, generalmente avvertiti nella regione toracica, con il cuore • ricerca di aritmie, cioè alterazioni del battito cardiaco (tachicardie, palpitazioni, extrasitoli...) • valutazione di episodi inspiegati di perdita di coscienza • valutazione nel tempo di pazienti sottoposti a procedure di rivascolarizzazione cardiaca o di ablazione / cardioversione di aritmie. • valutazione del grado di allenamento • indicazioni all'impianto di pace-maker e/o valutazione del corretto funzionamento di un pace-maker • valutazione di terapie antiaritmiche o anti-ischemiche Per l'esame in oggetto non è prevista la firma di un consenso informato. L'esame non registra la pressione arteriosa (eventualmente si può associare un monitoraggio della pressione con altro apparecchio anche contestualmente).*

BIBLIOGRAFIA RECENTE:

- **Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, 11 th Edition 2016**
- **2019 ESC Guidelines for the management of Patients with Supraventricular Tachicardia**
- **2018 ESC Guidelines for the Diagnosis and Management of Syncope**
- **2018 Elettrocardiogramma dinamico sec. Holter: dalle indicazioni alla refertazione, una guida pratica al corretto utilizzo in cardiologia clinica. G Ital Cardiol 2018; 19(7-8): 437-447**
- **2015 ESC guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and prevention of sudden cardiac death. Eur Heart J 2015; 36:2793-867**
- **2015 12Lead ambulatory electrocardiographic monitoring in Brugada syndrome. Heart Rhythm 2017; 14:866-74 • holter ecg for pacemaker/defibrillator carriers. Heart 2015;101:1272-8**
- **2019 Elettrocardiografia clinica deduttiva, Pietro Delise, CESI Editore**

Per eventuali ulteriori informazioni consulti anche il mio sito www.andrealimiti.it alla pagina:
http://www.andrealimiti.it/fare.php?aid=11

Diario

DATA	ORA	ATTIVITA' SVOLTA	SINTOMATOLOGIA

SCHEDA ACCETTAZIONE ESAME HOLTER

COPIA MEDICO

Sig/ra_____, Tel:_____

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

Data Applicazione_____, Ora:_____

Durata: 24h □, 48h □, 72h □; Derivazioni: 3 □, 12 □;

Apparecchio: Modello / Num._____

Medico Inviante:_____

Quesito clinico:_____

_____

Terapia assunta:_____

APPUNTI DI REFERTAZIONE

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____