

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA PROGRAMA DE REABILITAÇÃO CARDÍACA

Identificação

Nome: _____

Idade (em anos): _____ Sexo: M F

Motivo do Encaminhamento

História Clínica

IAM Revascularização Cirúrgica Revascularização Percutânea Troca Valvar Marcapasso
Ressincronizador Desfibrilador HAS DM Tipo 1 DM Tipo 2 Dislipidemia
Sedentarismo Obesidade

FC de disparo do Desfibrilador (bpm): _____

Nome do Médico arritmólogo: _____

Exames Complementares

Ecocardiograma - Data de realização (mês/ano): _____

Fração de ejeção: _____

Método Simpson Método Teichholz

≥ 50% 35-49% 21-34% ≤ 20%

Teste Ergométrico - Data de realização (mês/ano): _____

Protocolo de Rampa Protocolo de Bruce

≥ 12 METs 9 - 11,9 METs 6,1- 8,9 METs ≤ 6 METs

Cateterismo Cardíaco - Data de realização (mês/ano):

DA Cx CD Mg Dg

Informações Complementares

