C.M.P. S.A.S.

CENTRO MEDICO POLISPECIALISTICO

SCREENING CARDIACO

COGNOME: **NOME:** **DATA DI NASCITA: / /**

ETA': **SESSO:** **PESO:** **ALTEZZA:**

B.M.I.: **PRESSIONE ARTERIOSA:** **FUMATORE:**

FAMILIARITA': ……

ANAMNESI: ……

……

E.C.G.: ……

……

……

ECOcardiografia: ……

……

……

SPIROMETRIA: ……

……

……

COMMENTO: ……

……

……

……

……

Il responsabile del progetto: Dott. Alberto Cogo
Consulenza cardiologica: Dott. Ahmadnejad Seyed Vahab
I dati verranno trattati nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016