asl 4 azienda sanitaria locale matera

DISTRETTO DELLA SALUTE

R.C.A.

REGIONE BASILICATA

MODULO RICHIESTA

CALCOLO "RISCHIO CARDIOVASCOLARE ASSOLUTO"

Io sottoscritto _____ nato a _____

il ___/___/_____ residente in _____ Via _____

tel. _____ cell. _____ e-mail _____

assistito dalla Azienda Sanitaria _____

CHIEDO che mi venga calcolato il "Rischio Cardiovascolare Assoluto", comunico a tal fine i seguenti dati:

Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Tessera Sanitaria N° ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Pressione Massima ☐

Colesterolo totale ☐

Colesterolo HDL ☐

Diabete SI ☐ NO ☐

Fumo SI ☐ NO ☐

Ipertrofia Ventricolare sinistra SI ☐ NO ☐

Dichiaro di essere stato informato e di aver preso visione della procedura che chiedo di attivare, esprimo il mio consenso ed autorizzo il trattamento dei miei dati personali.

Firma

Data ___/____/_____ _____

operatore/incaricato

Sede richiesta _____ _____

N.B. L'operatore/incaricato ai sensi e per gli effetti del d.lgs. n. 196/03 si impegna a rispettare la segretezza dei dati rilevati e/o conosciuti durante la sua attività.