

**DIRETTORE U.O.C.**  
**Prof. Eugenio Stabile**

**S.S.D.**  
**TERAPIA INTENSIVA**  
**CARDIOLOGICA**  
Responsabile  
Dott. G. Paterno'

**S.S.D.**  
**IMAGING**  
Responsabile  
Dott. M.F. Costantino

**S.S.D.**  
**SYNCOPE UNIT**  
Responsabile  
Dott. M. Eligiato

**DIRIGENTI MEDICI:**

Dott. C. Biscione  
Dott. ssa A. Boichicchio  
Dott. ssa M. Chiaffitelli  
Dott. ssa A. Cristiano  
Dott. C. Cuda  
Dott. G. D'addeo  
Dott. I. De Tommaso  
Dott. G. Donnici  
Dott. ssa M.L. Ferrigno  
Dott. R. Grippo  
Dott. P. Innelli  
Dott. ssa A.M. Larinto  
Dott. A. Leccese  
Dott. A. Lopizzo  
Dott. V. Martone  
Dott. D. Polosa  
Dott. M. Sannazzaro  
Dott. ssa M.P. Santarsiere  
Dott. C. Smaldone  
Dott. R. Spirito  
Dott. ssa E. Tancredi  
Dott. G. Tarsia  
Dott. V. Viggiano

**SEGRETERIA DIPARTIMENTALE**

Sig. A. Metallo 0971/613575

**COORDINATRICE AMBULATORI**

Sig. D.G. Saponara 0971/612337

**COORDINATRICE UTIC**

Sig. D. Loffreno 0971/613559

**COORDINATRICE CARDIOLOGIA**

Sig. M. Restaino 0971/613678

**COORDINATORE**  
**CARDIOLOGIA INVASIVA**

Sig. C. Iacovino 0971/613676



**Regione Basilicata**  
**Azienda Ospedaliera Regionale "San Carlo" - Potenza**

**U.O.C di CARDIOLOGIA**  
**Direttore: Prof. Eugenio Stabile**

**N° RICOVERO: 23/12132**

Potenza, li 08/04/2023

Caro Dr.

Il Tuo paziente Sig. **DI PIETRO MICHELE GIULIO MARCELLO**, nato il 02/10/1946  
ricoverato dal 04/04/2023 al 08/04/2023

è stato dimesso con le seguenti diagnosi:  
Impianto di ICD bicamerale in cardiopatia dilatativa post-ischemica con severa  
disfunzione globale ventricolare sn. Insufficienza mitralica e tricuspidalica di  
grado moderato. Pregressa rivascolarizzazione miocardica percutanea.  
Ipertensione arteriosa. Ipercolesterolemia.

Condizioni cliniche al momento del ricovero:  
Si ricovera per impianto di ICD

**Patologie Precedentemente Diagnosticate:**

Ipertensione arteriosa. Ipercolesterolemia. Iperuricemia. FA parossistica trattata  
con cardioversione elettrica efficace. Nel 2003 cardiomiopatia dilatativa  
ipocinetica con EF severamente ridotta. Nel 2011 STEMI infero-laterale con  
PTCA+STENT su CX; nel 2022 STEMI anteriore con PCI su IVA e un mese  
dopo POBA dello stent precedentemente impiantato su IVA. EF 35%.

è stato sottoposto ai seguenti accertamenti:  
**ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA**

Ventricolo sinistro dilatato (EDV 3D 239 ml; EDD 63 mm; SI >0.6) di spessori  
parietali ai limiti superiori (SIV 11 mm) con severa disfunzione contrattile  
globale e longitudinale (FE Simpson biplano 26%; FE 3D 24%; GLS autostrain  
-4.5%; S' mediale 0.4 m/sec), globalmente ipocinetico, con estesa acinesia  
dell'apice, della parete anteriore e del setto.  
Disfunzione diastolica di II grado, pattern pseudonormale, con elevate pressioni  
di riempimento ventricolare (MV E vel 0.94 m/s; RT vel max 3.06 m/s; E/e' 28).  
Atrio sinistro ingrandito (LAVi 42 ml/m2).  
Dilatazione dell'annulus e tethering asimmetrico dei lembi determinante  
un'insufficienza valvolare a doppio jet di grado moderato, il maggiore dei quali  
eccentrico, diretto verso la parete libera dell'atrio, che consente di stimare una  
VC 5 mm; EROa 0.2 cm2; PISA radius 5 mm; VR 39 ml (assenza di reflow  
sistolico in vena polmonare; meccanismo I-IIIb secondo Carpentier).  
Valvola aortica di morfologia tricuspide con sclerosi delle semilunari ed  
insufficienza eccentrica di grado lieve- medio (vc 4 mm; PHT 524 ms; assenza di  
reflow oloedistolico nei vasi periferici).  
Bulbo aortico ed aorta ascendente di normale calibro nei tratti esplorabili  
indicizzato per BSA.  
Sezione destre di normali dimensioni e funzione contrattile ventricolare (TAPSE  
18 mm).  
Insufficienza tricuspide di grado moderato a jet multipli il maggiore dei quali





consente di stimare una VC 5 mm. PAPs stimata 47 mmHg.  
VCi di calibro ai limiti superiori e normale collasso all'inspirium .  
Assenza di versamento pericardico.  
Presenza di residuo embrionario in atrio destro (valvola di Eustachio ridondante).

**Trattamento medico:**

In terapia domiciliare con

ASA 100 mg 1 cp/die (ore 13.00)  
Brilique 90 mg 1 cp per due/die (8-20)  
Pantorc 40 mg 1 cp/die (ore 7.00)  
Congescor 1,25 mg 1 cp per due/die (8-20)  
Tareg 40 mg 1/2 cp per due/die (8-20)  
Lasix 500 mg 1/4 cp/die (ore 8.00)  
Aldactone 25 mg 1 cp/die (ore 16.00)  
Forxiga 10 mg 1 cp/die (ore 8.00)  
Crestor 20 mg 1 cp/die (ore 22.00)  
Zetia 10 mg 1 cp/die (ore 22.00)  
Adenuric 80 mg 1 cp/die (ore 18.00)  
Cefixoral 400 mg 1 cp/die (ore 8.00) per 5 gg  
Paziente già in terapia con leqvio

**Si Consiglia:**

Controlli periodici di emocromo, azotemia, creatininemia, elettroliti sierici, GOT, GPT, CPK, assetto lipidico (mantenere LDL colesterolo al di sotto di 45 mg/dl- paziente ad altissimo rischio).  
Controllo dell'ICD fra tre mesi previa prenotazione al CUP.  
Ritorna a controllo c/o l'ambulatorio dello scompenso cardiaco dove è già seguito regolarmente.

**Farmaci Prescritti**

- CEFIXORAL\*5CPR RIV 400MG  
- CRESTOR\*28CPR RIV 20MG  
- ZETIA\*30CPR 10MG  
- ADENURIC\*28CPR RIV 80MG

Cordiali Saluti

Dott. MARIA CHIAPPITELLI





CARTE EUROPEENNE D'IDENTIFICATION D'UN PORTEUR DE  
DEFIBRILLATEUR/CARDIOVERTEUR IMPLANTABLE

EUROPÄISCHER SCHRITTMACHERAUSWEIS  
IMPLANTIERBARER KARDIOVERTER/DEFIBRILLATOR

TARJETA EUROPEA DE IDENTIFICACION DE PACIENTE  
CARDIOVERSOR/DESFIBRILADOR IMPLANTABLE

SCHEDA EUROPEA DI IDENTIFICAZIONE PAZIENTE  
CARDIOVERSOE/DEFIBRILLATORE IMPLANTABILE

#### Warning - Attention - Warnung - Aviso - Avvertenza

- Patient has an implanted Cardioverter/Defibrillator. In case of emergency please phone cardiologist below or nearest hospital.
- Ce patient est porteur d'un Défibrillateur/Cardiovertteur implantable. En cas d'urgence, veuillez contacter le médecin mentionné ci-dessous ou l'hôpital le plus proche.
- Diesem Patienten wurde ein Kardioverter/Defibrillator implantiert. In Notfällen wenden Sie sich bitte an den unten genannten Kardiologen oder die nächstgelegene Klinik.
- El paciente lleva implantado un cardioversor/desfibrilador. En caso de emergencia, por favor llame a un cardiólogo de los que se citan a continuación, o al hospital más próximo.
- Il paziente ha un Cardioversore/Defibrillatore implantato. In caso di emergenza si prega di telefonare al cardiologo sottocitato o ei più vicino ospedale.

#### Cardiologist at Implanting Centre:

Name .....  
Address .....

Tel. .... Fax nr. ....

Follow-up Doctor if different from address above

Name .....  
Address .....

Tel. .... Fax nr. ....

#### Contact in case of emergency:

.....  
.....  
.....  
.....

Prior to any surgery, MRI or use of therapeutic ionizing radiation, please contact the above mentioned implanting or follow-up center.

#### PATIENT IDENTIFICATION CARD IMPLANTABLE CARDIOVERTER/DEFIBRILLATOR

1 Patient ID Nr.: ..... Sex: ☒ M ☐ F  
Patient Name: DI PIETRO Michele  
Patient Address: PICCOLA

Tel. Nr. ....  
Date of Birth 46 10 92 First impl. 23 04 06  
Year Month Day Year Month Day  
Symptom 1 ECG 2 Aetiology 3  
NYHA 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ Unassessed ☐  
Estimated EF > 50 ☐ 30-50 ☐ < 30 ☐ ? ☐  
Previous Drug Rx: 4  
Prior Intervention: 5

2 Implant Center Code Nr. ....  
Cardiologist UTC  
Hospital OSP. SCARL  
Address (P21)  
City/Postal Code .....  
Country .....  
Tel. Nr. .... Fax Nr. ....

3 ICD Device/In ☒ Ellipse™ DR  
REF CD2377-36QC SN 8945156  
Model ..... Serial Nr. ....  
Date of implantation: 23 04 06  
Year Month Day  
Generator site 6 .....  
Other surgery 7 .....  
Unsuccessful approach for lead implant: ☐ No ☐ Prev Op ☐ This Op

4 Leads  
(1) Type(s) ..... ISOFLEX™ SN 100140507  
1944 52 cm CPG284780 St. Jude Medical  
Model .....  
Connector Types .....  
Date of implantation: 23 04 06  
Year Month Day

(2) Type(s) ..... DURATA™ SN 100156866  
7172Q-58 EAN010791 St. Jude Medical  
Connector Types .....  
Date of implantation: 23 04 06  
Year Month Day

(3) Type(s) ..... Mfr: .....  
Model ..... Serial Nr. ....  
Connector Types .....  
Date of implantation: .....  
Year Month Day

(4) Type(s) ..... Mfr: .....  
Model ..... Serial Nr. ....  
Connector Types .....  
Date of implantation: .....  
Year Month Day

5 Adaptors  
- Adaptors have been used ☐ Yes ☐ No  
- Lead number Adapted ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

6 "Defibrillation" Threshold:  
Most severe Rhythm Tested ☐ VT ☐ VF ☐ O  
Lowest Successful Shock ..... J &/or ..... V  
Lowest Shock Tested ..... J &/or ..... V  
Drug Rx at implant: 4

7 Programmed Therapy at Time of Implant  
Defibrillation Therapy ☐ On ☐ Off VF Trigger Rate ..... Min<sup>-1</sup>  
Shock in VT Zone ☐ Yes ☐ No ☐ NA  
Tachy Term. Pacing ☐ On ☐ Off ☐ NA  
Brady Pacing ☐ Yes ☐ No ☐ NA  
If Yes, Pacing Mode: .....





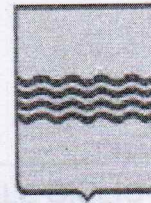
**S.S.N. - REGIONE BASILICATA**  
**AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" - POTENZA**

**Dipartimento di Diagnostica per Immagini**

**Unità Operativa Complessa di Radiologia**

Centralino: 0971-612394 - 612309 Fax: 0971-615394

Direttore: Dr. ENRICO SCARANO



Nominativo **DI PIETRO MICHELE GIULIO MARCELLO**

Sesso **M**

Nato/a a **ACERENZA**

il **02/10/1946**

CF **DPTMHL46R02A020E**

Residente a **PIGNOLA (PZ)**

Telefono **0000000000**

N° paziente **83450**

Provenienza **.Dip.Cuore- Media Int. (Azzurra) - Pad. C 1° P - Potenza**

**Esame**

**RX STANDARD TORACE**

**Accession n°**

**0030591912**

**Data**

**07/04/2023**

**Classe di dose**

**I**

Classe di dose secondo l'art. 161 del D.Lgs 101/2020

**Quesito Diagnostico:** Rx torace post impianto

**Referto:**

Non lesioni pleuro-polmonari in fase attiva. Aortosclerosi . PMK

*Referto Firmato Digitalmente e conservato in conformità e nel rispetto delle normative vigenti in materia.*

**TSRM**

**ANNARITA GUGLIELMI**

**Il Medico Radiologo**

**Dr. FRANCESCO DI GIOVANNI**

Referto firmato elettronicamente da

Numero certificato: 0A8FA4C9E19308BC

Potenza, 07/04/2023 12:04:32



REGIONE BASILICATA  
AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO"

Ospedale "S. Carlo" - Potenza  
U.O.C. Patologia Clinica e Microbiologia  
Direttore Dott. Antonio Picerno

URGENTE

Pagina 1 di 1

Provenienza Card. Area Azzurra - M.I. Sig. DI PIETRO\*MICHELE GIULIO MARCEL  
Richiesta 11 / 050994 Data di nascita 02/10/1946 Sesso M  
Prenome/Nr. Nosolog. 012023012132  
Accettazione provenienza 07/04/2023 14:04:29  
Accettazione laboratorio 07/04/2023 15:00:28  
data 1° stampa: 07/04/2023 16:50:28  
Data ristampa:  
Data del Prelievo: 07/04/2023

U.O.S.D. LABORATORIO D' URGENZA

Responsabile Dott. A.M. Calabrese tel.0971612385

ANALISI	RISULTATO	U.DI MISURA	VALORI DI RIFERIMENTO PER SESSO ED ETA'
ES. EMOCROMOCITOMETRICO			
Globuli rossi	* 3,97	x10 <sup>6</sup> /ul	4.2 - 5.90
Emoglobina	* 11,40	g/dl	13.5 - 17.5
Ematocrito	* 34,00	%	40 - 53
Vol corp.medio MCV	85,60	fL	80.0 - 101.0
Hb corp.media MCH	28,70	pg	27.0 - 32.0
Conc corp.media MCHC	33,50	g/dl	32.0 - 36.0
Piastrine	* 130	x10 <sup>3</sup> /uL	150 - 450
Globuli bianchi	7,06	x10 <sup>3</sup> /uL	4.3 - 10.4

Referto firmato elettronicamente da:

Dott.ssa TERESA

CARBONE

Numero certificato: 0A8FA4C9EF93098C

Emesso dall'ente certificatore: Namirial S.

Validazione tecnica effettuata dal tecnico di laboratorio biomedico.





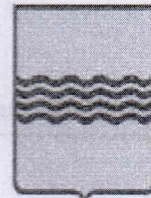
**S.S.N. - REGIONE BASILICATA**  
**AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" - POTENZA**

**Dipartimento di Diagnostica per Immagini**

**Unità Operativa Complessa di Radiologia**

Centralino: 0971-612394 - 612309 Fax: 0971-615394

Direttore: Dr. ENRICO SCARANO



Nominativo **DI PIETRO MICHELE GIULIO MARCELLO**

Sesso M

Nato/a a ACERENZA

il 02/10/1946

CF DPTMHL46R02A020E

Residente a PIGNOLA (PZ)

Telefono 0000000000

N° paziente 83450

Provenienza .Dip.Cuore- Media Int. (Azzurra) - Pad. C 1° P - Potenza

**Esame**

**RX STANDARD TORACE**

**Accession n°**

0030587400

**Data**

04/04/2023

**Classe di dose**

I

Classe di dose secondo l'art. 161 del D.Lgs 101/2020

**Quesito Diagnostico:** card dilat

**Referto:**

**RX TORACE**

Esame eseguito in duplice proiezione e confrontato con precedente esame RX torace a letto del 9.02 u.s..

Nei limiti della differente tecnica di esame, al controllo odierno persistono, seppur di entità ridotta le note aree di ipodiafania parenchimale in sede para-ilare superiore sinistra e para-ilare inferiore destra.

Apparentemente meglio apprezzabile sfumata area di ipodiafania in sede polmonare superiore destra.

Volumetria cardiaca nei limiti. Seni costofrenici liberi. Aortosclerosi.

*Referto Firmato Digitalmente e conservato in conformità e nel rispetto delle normative vigenti in materia.*

**TSRM**

ANNARITA GUGLIELMI

**Il Medico Radiologo**

serena gallotta





REGIONE BASILICATA  
AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO"

Ospedale " S. Carlo" - Potenza  
U.O.C. Patologia Clinica e Microbiologia  
Direttore Dott. Antonio Picerno

Referto Completo

Provenienza **Card. Area Azzurra - M.I.**

Richiesta - cod.campione **11 / 049024 - 94607741**

Prericov./Nr. Nosolog. **012023012132**

Accettazione provenienza **04/04/2023 08:13:37**

Accettazione laboratorio **04/04/2023 10:00:05**

Data 1<sup>a</sup> stampa: **04/04/2023 11:34:38**

Data Ristampa:

Data del Prelievo: **04/04/2023 08:13:37**

Sig.

**DI PIETRO\*MICHELE GIULIO MARCEL**

Data di nascita

**02/10/1946**

Sesso **M**

**AREA SIERO E LIQUIDI BIOLOGICI**  
**Responsabile Dott. V. Pafundi tel.0971612387**

ANALISI	RISULTATO	U.DI MISURA	VALORI DI RIFERIMENTO
CLORO	* 98	mEq/L	101 - 109
CALCIO	9,7	mg/dl	8.8 - 10.6
SIDEREMIA	100	mcg/dl	60 - 160
MAGNESIO	2,50	mg/dl	1.8 - 2.6
FOSFORO	4,10	mg/dl	2,6 - 4,5
CPK	26	U/L	0 - 171
LDH	133	U/L	0 - 248
<b>IMMUNOMETRIA</b>			
<i>Met. Chemiluminescenza</i>			
FERRITINA	182	ng/ml	12 - 200
T3 LIBERO	2,66	pg/ml	2.16 - 4.85
T4 LIBERO	* 1,19	ng/dl	0.61 - 1.12
TSH	0,550	μUI/ml	0.38 - 5.83
ALBUMINA	3,80	g/dl	3.5 - 5.2
<b>BILIRUBINA FRAZIONATA</b>			
TOTALE	0,82	mg/dl	0.3 - 1.20
DIRETTA	0,11	mg/dl	0 - 0.2
INDIRETTA	0,71		
GAMMA UT	32	g/L	8 - 55
GOT(ALT)	18	U/L	5 - 80
GPT(ALT)	18	U/L	5 - 50
COLESTEROLO	* 235	mg/dl	0 - 200
LDL COLESTEROLO			
<i>Metodo enzimatico colorimetrico</i>			
LDL COLESTEROLO	123	mg/dl	0 - 130
HDL COLESTEROLO			
<i>Metodo enzimatico colorimetrico</i>			
HDL COLESTEROLO	79	mg/dl	> 40
TRIGLICERIDI			
<i>Metodo enzimatico colorimetrico</i>			
TRIGLICERIDI	104	mg/dl	40 - 150
SODIO	- 133	mEq/L	136 - 145
POTASSIO	4,4	mEq/L	3.5 - 5.1

Referto firmato elettronicamente da:

Dott. VITO

PAFUNDI

Numero certificato: 78A7937A640AD2A6

Emesso dall'ente certificatore: Namirial S.p.A./02046570426 | Namirial CA Firma Qualificata





REGIONE BASILICATA  
AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO"

Ospedale " S. Carlo" - Potenza  
U.O.C. Patologia Clinica e Microbiologia  
Direttore Dott. Antonio Picerno

Referto Completo

Provenienza **Card. Area Azzurra - M.I.**

Richiesta - cod.campione **11 / 049024 - 94607741**  
Prericov./Nr. Nosolog. 012023012132  
Accettazione provenienza 04/04/2023 08:13:37  
Accettazione laboratorio 04/04/2023 10:00:05  
Data 1ª stampa: 04/04/2023 11:34:38  
Data Ristampa:  
Data del Prelievo: 04/04/2023 08:13:37

Sig. **DI PIETRO\*MICHELE GIULIO MARCEL**

Data di nascita **02/10/1946** Sesso **M**

**AREA SIERO E LIQUIDI BIOLOGICI**  
Responsabile Dott. V. Pafundi tel.0971612387

ANALISI	RISULTATO	U.DI MISURA	VALORI DI RIFERIMENTO
AZOTEMIA	* <b>103</b>	mg/dl	17 - 43
<b>GLICEMIA</b> Metodo enzimatico			
GLICEMIA	* <b>115</b>	mg/dl	75 - 110
<b>CREATININA</b> Metodo enzimatico			
CREATININA	* <b>1,56</b>	mg/dl	0.67 - 1.17
<b>eGFR [CKD-EPI]</b> [Filtrato glomerulare stimato]			
<b>ACIDO URICO</b> Enzimatico colorimetrico			
ACIDO URICO	* <b>9,90</b>	mg/dl	3.5 - 7.2
PROTEINE TOT	* <b>6,40</b>	g/dl	6.6 - 8.3
ALBUMINA	<b>3,80</b>	g/dl	3.5 - 5.2
<b>BILIRUBINA FRAZIONATA</b>			
TOTALE	<b>0,62</b>	mg/dl	0.3 - 1.20
DIRETTA	<b>0,11</b>	mg/dl	0 - 0.2
INDIRETTA	<b>0,51</b>		
GAMMA GT	<b>32</b>	U/L	5 - 55
GOT(AST)	<b>18</b>	U/L	5 - 50
GPT(ALT)	<b>18</b>	U/L	5 - 50
COLESTEROLO	* <b>235</b>	mg/dl	0 - 200
<b>LDL COLESTEROLO</b> Metodo enzimatico colorimetrico			
LDL COLESTEROLO	<b>123</b>	mg/dl	0 - 130
<b>HDL-COLESTEROLO</b> Metodo enzimatico colorimetrico			
HDL-COLESTEROLO	<b>79</b>	mg/dl	> 40
<b>TRIGLICERIDI</b> Metodo enzimatico colorimetrico			
TRIGLICERIDI	<b>104</b>	mg/dl	40 - 150
SODIO	* <b>133</b>	mEq/L	136 - 146
POTASSIO	<b>4,4</b>	mEq/L	3.5 - 5.1

Referto firmato elettronicamente da:

Dott. VITO

PAFUNDI

Numero certificato: 78A7937A640AD2A6

Emesso dall'ente certificatore: Namirial S.p.A./02046570426 | Namirial CA Firma Qualificata





REGIONE BASILICATA  
AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO"

Ospedale " S. Carlo" - Potenza  
U.O.C. Patologia Clinica e Microbiologia  
Direttore Dott. Antonio Picerno

Referto Completo

Provenienza **Card. Area Azzurra - M.I.**

Richiesta - cod.campione **11 / 049024 - 94607741**

Prericov./Nr. Nosolog. **012023012132**

Accettazione provenienza **04/04/2023 08:13:37**

Accettazione laboratorio **04/04/2023 10:00:05**

Data 1<sup>a</sup> stampa: **04/04/2023 11:34:38**

Data Ristampa:

Data del Prelievo: **04/04/2023 08:13:37**

Sig.

**DI PIETRO\*MICHELE GIULIO MARCEL**

Data di nascita

**02/10/1946**

Sesso **M**

**AREA SIERO E LIQUIDI BIOLOGICI**  
**Responsabile Dott. V. Pafundi tel.0971612387**

ANALISI	RISULTATO	U.DI MISURA	VALORI DI RIFERIMENTO
CLORO	* 98	mEq/L	101 - 109
CALCIO	9,7	mg/dl	8.8 - 10.6
SIDEREMIA	100	mcg/dl	60 - 160
MAGNESIO	2,50	mg/dl	1.8 - 2.6
FOSFORO	4,10	mg/dl	2,6 - 4,5
CPK	26	U/L	0 - 171
LDH	133	U/L	0 - 248
<b>IMMUNOMETRIA</b>			
Met. Chemiluminescenza			
FERRITINA	182	ng/ml	12 - 200
T3 LIBERO	2,66	pg/ml	2.16 - 4.85
T4 LIBERO	* 1,19	ng/dl	0.61 - 1.12
TSH	0,550	μU/ml	0.38 - 5.83

Referto firmato elettronicamente da:

Dott. VITO

PAFUNDI

Numero certificato: 78A7937A640AD2A6

Emesso dall'ente certificatore: Namirial S.p.A./02046570426 | Namirial CA Firma Qualificata





N° PROG. G / 2023 / 2144  
DATA 06/04/2023

## REGISTRO OPERATORIO

### UNITA' OPERATIVA CARDIOLOGIA

SALA OPERATORIA SALA CARDIOVASCOLARE 2 ORD. 144 CARTELLA CLINICA 23/12132

COGNOME E NOME DEL PAZIENTE SESSO DATA NASCITA LUOGO DI NASCITA RESIDENZA PESO  
DI PIETRO MICHELE GIULIO MARCELLO 12/00/1946 ACERENZA(PZ) PIGNOLA(PZ)

### PARTECIPANTI ALL'INTERVENTO

CHIRURGO I OPERATORE  
Biscione Francesco

CHIRURGO II OPERATORE

CHIRURGO III OPERATORE

INFERMIERE STRUM.

INFERMIERE DI S.O.  
SILEO ANTONIO  
VOTTA ANTONIO

TECNICO 1

TECNICO 2

DIAGNOSI: Cardiopatia ischemica cronica con disfunzione del ventricolo sinistro; bradicardia sinusale e FAP

INTERVENTO CHIRURGICO ESEGUITO  
impianto di defibrillatore intracavitario bicamerale

ORA INIZIO INTERV. ORA FINE INTERV.  
09:30 10:20

### DESCRIZIONE INTERVENTO

Profilassi antibatterica con cefazolina 1 gr e.v.

Anestesia locale con ropuvacaina

Incisione del solco deltoideo-pettorale sinistro.

Isolamento della vena cefalica in cui si introducono due elettrocateri a barbe posizionati in apice del ventricolo destro e in auricola destra (Abbott Isoflex 1944 e Abbott Durata 7172Q monocoil).

Ottimali i parametri elettrici (vedi allegato della programmazione ICD).

Conessione di defibrillatore Abbott Ellipse Dr alloggiato in tasca sottomuscolare sottoclaveare.

Chiusura a strati: cute intradermica riassorbibile.

Programmazione: DDD 60-120 bpm, Av 300 msec.

Non complicanze.

Dose Rx = 9,1 mGy

ESAME ISTOLOGICO No

INTRAOPERATORIO No

CONDOTTA ANESTESIOLOGICA-NOTE  
Anestesia Locale

FIRMA OPERATORE CHIRURGO  
Biscione Francesco

FIRMA ANESTESISTA



ID: 612  
Nato/a  
anni,

VF 12/10/71

PACEMAKER ATRIALE  
DEVIATIONE ST E MODERATA ANOMALIA DELL'ONDA T, CONSIDERARE ISCHEMIA ANTEROLATERALE [T  
-0,1-mV IN V3-V6]  
ECG ANORMALE  
INTERPRETAZIONE BASATA SULL'ETA' DI 40 ANNI  
REPORT NON CONFIRM.

Freq Vent 60 BPM  
Int PR 204 ms  
Dur QRS 103 ms  
QT/QTc 440/440 ms  
Assi P-R-T 180 43 152  
RR Medio 998 ms  
QTcB 440 ms  
QTcF 440 ms

