

SI PREGA DI COMPILARE TUTTI I CAMPI

1) Informazioni e condizioni del paziente

- a) Nome e cognome del paziente (in stampatello) _____
- b) Data di nascita (GG/MM/AAAA) ____/____/____
- c) Sesso: ☐ M ☐ F
- d) Data di inizio prescrizione (GG/MM/AAAA) ____/____/____
- e) Periodo previsto di prescrizione: ☐ 1 mese ☐ 2 mesi ☐ 3 mesi ☐ 4 mesi ☐ Altro ____ mesi
- f) Nome assicurazione paziente _____ Numero iscrizione paziente _____
- g) Ragione dell'utilizzo di LifeVest (spuntare una sola risposta):

Eziologia ischemica

- ☐ IM recente (<40 giorni) con FE ≤35% senza rivascolarizzazione
- ☐ PCI recente (<90 giorni) con FE ≤35%
- ☐ CABG recente (<90 giorni) con FE ≤35%
- ☐ HF di nuova diagnosi con FE ≤35% a eziologia ischemica

Frazione di eiezione (FE)

_____ %

Eziologia non ischemica

- ☐ HF di nuova diagnosi con FE ≤35% a eziologia non ischemica
- ☐ Miocardite o sospetta miocardite
- ☐ Cardiomiopatia peripartum (PPCM)

Frazione di eiezione (FE)

_____ %

Altre eziologie

- ☐ Malattia genetica cardiaca diagnosticata o sospetta (sindrome di Brugada, sindrome del QT lungo, ecc.)
- ☐ In attesa di trapianto di cuore
- ☐ Espianto di ICD in attesa di nuovo impianto
- ☐ Ritardo nell'impianto di ICD a causa di controindicazioni cliniche temporanee
- ☐ Altre condizioni di salute ad alto rischio di MCI non elencate sopra

Descrivere _____

2) Impostazioni LifeVest (inserire un valore per ciascuna impostazione. Se lasciato in bianco verrà applicato il valore predefinito)

- | a) Soglia frequenza cardiaca TV
Default: 150 BPM | b) Soglia frequenza cardiaca FV
Default: 200 BPM | c) Energia trattamento
Default: 150 Joule, tutti e cinque gli shock |
|---|---|--|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | 1° _____ 2° _____ 3° _____ 4° _____ 5° _____ |
| (120-250 BPM, incrementi di 10) | (120-250 BPM, incrementi di 10) | (Incrementi di 25 tra 75J – 150J) |

- d) Il paziente ha un ICD impiantato? ☐ No ☐ Sì → Le terapie anti-tachicardia sono state spente?
- e) Il paziente ha un pacemaker impiantato? ☐ No ☐ Sì → È stato verificato che la polarità della stimolazione sia in bipolare o, nel caso non lo fosse, è stata riprogrammata in bipolare?

3) Informazioni sul medico* (vedi nota a piè di pagina per informazioni sulla protezione dei dati)

- a) Persona di contatto designata dal medico _____
- b) Numero di telefono della persona di contatto _____
- c) **Nome del medico** (Nome e cognome in stampatello) _____
- d) **Ospedale/Istituto** _____
- e) **Firma del medico — Non timbrare** _____
- f) **Data firma** (GG/MM/AAAA) ____/____/____



- 1) Compilare il Modulo di prescrizione medica LifeVest. Si prega di notare che **TUTTI I CAMPI** devono essere compilati e il modulo di prescrizione deve essere **FIRMATO E DATATO** dal medico.
- 2) Inviare il Modulo di prescrizione medica a ZOLL via e-mail all'indirizzo **LifeVest.Orders-IT@zoll.com**.
- 3) Una volta ricevuta la prescrizione compilata, si verrà contattati da ZOLL per fissare un appuntamento con un rappresentante del servizio pazienti.

* Informazioni sulla protezione dei dati

Informazioni generali – Le informazioni sul prescrittore sono dati personali (nome del referente del prescrittore, numero di telefono del referente, nome del prescrittore, ospedale/istituzione, data e firma del prescrittore). Se la persona di contatto non è il prescrittore (ma il prescrittore fornisce il suo nome), il prescrittore deve assicurarsi di trasmettere queste informazioni sulla protezione dei dati alla persona di contatto.

Finalità e base giuridica – ZOLL Medical Italia, tratta i dati del prescrittore a fini di fatturazione e rimborso, nonché per garantire un processo di assistenza al paziente e di prescrizione efficiente. La base giuridica di questo trattamento è il nostro legittimo interesse a fornire assistenza e supporto completo per quanto riguarda LifeVest.

Divulgazione/destinatari– ZOLL Medical Italia trasmetterà le informazioni del prescrittore a ZOLL CMS GmbH in Germania per poter eseguire l'ordine medico. ZOLL Services LLC di Pittsburgh (USA) e partner terzi fornitori di servizi possono ricevere i dati personali per motivi di elaborazione basati su accordi di trattamento dei dati e tutelati da tali accordi per il trattamento dei dati.

Trasferimento internazionale dei dati – I dati personali raccolti da ZOLL Medical Italia sono conservati sui server di ZOLL, che possono trovarsi al di fuori dell'Italia o dello spazio economico europeo, in particolare negli Stati Uniti d'America. Per il trasferimento dei dati personali a paesi terzi ci affidiamo alle clausole contrattuali standard da responsabile del trattamento a incaricato del trattamento, come deciso dalla commissione europea.

Durata dell'archiviazione – ZOLL Medical Italia archivia i vostri dati personali per tutto il tempo in cui abbiamo un legittimo interesse commerciale a farlo, in genere per tutto il tempo in cui è in corso la rispettiva prescrizione e in conformità agli obblighi di conservazione previsti dalla legge.

Diritti di protezione dei dati – Avete il diritto di accesso, il diritto di rettifica, il diritto alla cancellazione, il diritto alla limitazione del trattamento, il diritto di opposizione, il diritto di presentare un reclamo all'autorità competente e, se applicabile, il diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento.

Informazioni di contatto – ZOLL Medical Italia srl, Via Francesco Corselli 11, 29122 Piacenza, telefono 800-789-912; il responsabile della protezione dei dati di ZOLL Medical Italia è raggiungibile all'indirizzo DataProtectioninquiries@zoll.com.

