

POR FAVOR, RELLENE TODOS LOS CAMPOS

1) Información del paciente e indicación clínica

- a) Nombre del paciente (nombre y apellidos) _____
- b) Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) ____ / ____ / ____
- c) Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino
- d) N.H.C. _____
- e) Fecha estimada de inicio del tratamiento (DD/MM/AAAA) ____ / ____ / ____
- f) Duración estimada del tratamiento ☐ 2 meses ☐ 3 meses ☐ 4 meses ☐ Otro ____ meses
- g) Compañía aseguradora _____ Número de seguro del paciente _____
- h) Motivo para el uso de LifeVest (por favor, marque uno)

Etiología isquémica

- ☐ IAM reciente (<40 días) con FE $\leq 35\%$ sin revascularización
- ☐ PCI reciente (<90 días) con FE $\leq 35\%$
- ☐ CABG reciente (<90 días) con FE $\leq 35\%$
- ☐ IC recién diagnosticada con FE $\leq 35\%$ de etiología isquémica

Fracción de eyección (FE)

_____ %

Etiología no isquémica

- ☐ IC recién diagnosticada con FE $\leq 35\%$ de etiología no isquémica
- ☐ Miocarditis o sospecha de miocarditis
- ☐ Miocarditis periparto (PPCM)

Fracción de eyección (FE)

_____ %

Otras etiologías

- ☐ Enfermedad cardíaca genética diagnosticada o sospechada (síndrome de Brugada, síndrome de QT largo, etc.)
- ☐ Lista de espera a trasplante cardíaco
- ☐ Explante de DAI
- ☐ Retraso en implante del DAI debido a contraindicaciones clínicas temporales
- ☐ Otras etiologías con alto riesgo de MSC, no enumeradas anteriormente

Describe _____

2) Configuración del LifeVest (introduzca el valor para cada parámetro. En caso de no ser rellenado, se aplicará el valor predeterminado)

a) Umbral de FC para TV
Valor predeterminado: 150 lpm

(rango de 120-250 lpm, incrementos de 10)

b) Umbral de FC para FV
Valor predeterminado: 200 lpm

(rango de 120-250 lpm, incrementos de 10)

c) Energía del tratamiento
Valor predeterminado: 150 J, cada uno de los 5 choques

1ª _____ 2ª _____ 3ª _____ 4ª _____ 5ª _____

(rango de 75-150 J, incrementos de 25)

- d) El paciente tiene un DAI implantado? ☐ No ☐ Si → ¿Terapia antibradicardia desactivada?
- e) El paciente es portador de marcapasos? ☐ No ☐ Si → ¿Se ha comprobado que la configuración de la estimulación está en modo bipolar o, en caso contrario, se ha reprogramado a bipolar?

3) Información del médico prescriptor* (consulte, en la nota al pie de página, la información acerca de la protección de datos)

- a) Persona de contacto designada por el médico prescriptor _____
- b) Número de teléfono de la persona de contacto _____
- c) Nombre del médico prescriptor (nombre y apellidos) _____
- d) Hospital/Institución _____
- e) Firma del médico prescriptor (no usar sello) _____
- f) Fecha de la firma (DD/MM/AAAA) ____ / ____ / ____



- 1) Rellene el formulario de prescripción médica. Por favor, tenga en cuenta que deben rellenarse **TODOS LOS CAMPOS** y que el formulario debe estar **FIRMADO Y FECHADO** por el médico prescriptor.
- 2) Envíe el formulario de prescripción médica a ZOLL Medical España S.L., al correo electrónico: **LifeVest.Spain@zoll.com**.
- 3) Tras la recepción del formulario de prescripción médica, ZOLL Medical España S.L. se pondrá en contacto con usted para programar una cita con un representante de atención al paciente.

* Información sobre la protección de datos

Información general – la información contenida en el apartado 3) «Información del médico prescriptor» son datos personales (nombre de la persona de contacto designada por el médico prescriptor, número de teléfono de la persona de contacto, nombre del médico prescriptor, hospital/institución, firma del médico y fecha). Si la persona de contacto no es el médico prescriptor (pero el médico proporciona su nombre), el médico debe proporcionarle esta información de protección de datos a la persona de contacto.

Fines y base legal – ZOLL Medical España S. L. procesa la información recibida del médico prescriptor que extiende el formulario de prescripción médica con fines de facturación y reembolso y para garantizar una atención y un servicio integral. La base legal para procesar esta información es el legítimo interés de ZOLL de proporcionar una atención y un servicio integral.

Divulgación/receptores – ZOLL Medical España S. L. procesa la solicitud médica. ZOLL Services LLC en Pittsburgh (EE.UU.) y los proveedores de servicios asociados pueden recibir datos personales para su tratamiento. Estos estarán salvaguardados por los respectivos de protección de datos respectivos.

Transferencia internacional de datos – los datos obtenidos por ZOLL Medical España S. L. se mantienen en servidores de ZOLL que pueden estar ubicados fuera de España. Nos acogemos a las estipulaciones contractuales estándar de controlador a procesador para la transferencia de datos personales a otros países, según lo determinado por la Comisión Europea.

Duración de la conservación de los datos – ZOLL Medical España S. L. conserva sus datos personales mientras tengamos un interés comercial legítimo en hacerlo, generalmente, mientras esté en curso cada procedimiento de prescripción y cumpliendo con las obligaciones de retención de datos reglamentarias que se deriven de esto.

Derechos de protección de los datos – tiene derecho a acceder a los datos, rectificarlos, borrarlos, restringir su procesamiento, objetar, presentar una queja ante las autoridades competentes y, si corresponde, el derecho de retirar su consentimiento en cualquier momento.

Información de contacto – ZOLL Medical España S. L., Paseo de la Castellana 135 – 7ª planta, 28046 Madrid, teléfono 900 998 427; puede comunicarse con el responsable de protección de datos ZOLL Medical España S. L. en dataprotectioninquiries@zoll.com.

