

**PRESCRIZIONE MEDICA /
RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE COSTI**

Istruzioni

■ Compilare il modulo:

- Campo A – Informazioni relative al paziente (nome, indirizzo, e informazioni assicurative sono importanti per una tempestiva elaborazione della richiesta)
- Campo B – Diagnosi (ragione per cui il paziente necessita di LifeVest®).
IMPORTANTE: Indicare la durata prevista di indossamento e le desiderate impostazioni del dispositivo
- Campo C – Informazioni relative al medico prescrivente. Il prescrivente deve firmare e indicare la data.
- Campo D – Ulteriori informazioni e motivazioni per periodi di prescrizione superiori a 30 giorni (richiesta di dichiarazione del medico per il prolungamento)
- Campo E – Compliance
Assicuratevi di valutare la compliance dopo 30 giorni in relazione alla richiesta di rimborso dei costi e di confermarne la vostra verifica.

- Trasmettere immediatamente il modulo compilato al numero di fax: +41 44 551 42 96.
- Il documento originale viene raccolto dal personale ZOLL addetto alla distribuzione
- Inviare l'originale del rinnovo della prescrizione via posta a

ZOLL Medical Switzerland AG
Baarerstrasse 8
6300 Zug

Indicazioni secondo la registrazione EMAp dal 1 gennaio 2023

LifeVest è indicato

- come terapia temporanea nel caso in cui l'impianto di un defibrillatore cardioverter impiantabile (ICD) non sia immediatamente possibile
- nei pazienti con un trapianto cardiaco pianificato
- nei pazienti ad alto rischio di un improvviso arresto cardiaco, in particolare in caso di disfunzione ventricolare
- nei pazienti con cardiomiopatia
- nei pazienti che hanno avuto un infarto del miocardio
- nei pazienti con miocardite
- nei pazienti trattati con rivascolarizzazione chirurgica o percutanea
- nei pazienti con una frazione di eiezione ventricolare sinistra (FEVS) $\leq 35\%$

Da notare:

per un periodo di prescrizione superiore ai 30 giorni, è necessaria anche una dichiarazione del medico per il prolungamento (pagina 2 della prescrizione medica)

In caso di domande, i nostri collaboratori saranno lieti di aiutarvi al seguente numero di telefono +41 44 551 42 93 o via e-mail all'indirizzo lifevest-swiss@zoll.com.

CAMPO A: INFORMAZIONI RELATIVE AL PAZIENT					
Cognome del paziente			Nome dell'assicurazione sanitaria		N° della cassa sanitaria
Nome del paziente			N° dell'assicurato		Status
Strada		N°	Località / event. n° di tel. dell'assicurazione sanitaria		Validità fino
CAP	Località		Cantone	Altri enti assicurativi	
Data di nascita	Lingua principale Italiano ☐ Tedesco ☐ Francese ☐		Informazioni di contatto di vari paganti		
CAMPO B: DIAGNOSI (compilare i punti 1,2 e 3)					
1. Motivi di rischio di morte cardiaca improvvisa / ICD - l'impianto non è possibile immediatamente Frazione di Eiezione Ventricolare Sinistra (FE): _____ Eziologia ischemica: ☐ Dopo infarto miocardico (IM) [< 40 giorni di attesa per l'impianto di ICD] ☐ Rivascolarizzazione chirurgica programmata o recente CABG [< 90 giorni di attesa per l'impianto di ICD] ☐ Rivascolarizzazione percutanea programmata o recente PTCA [< 90 giorni di attesa per l'impianto di ICD] ☐ insufficienza cardiaca ischemica di nuova diagnosi [< 90 giorni di attesa per l'impianto di ICD] Eziologia non ischemica: ☐ Insufficienza cardiaca non ischemica di nuova diagnosi, ad esempio, cardiomiopatia dilatativa (CMD) ☐ Miocardite ☐ Cardiomiopatia peripartum (PPCM) Altra eziologia: ☐ Trapianto cardiaco pianificato ☐ Impianto di ICD posticipato o non possibile a causa di un'infezione acuta, di un trombo intraventricolare o intervento chirurgico controindicato ☐ Il defibrillatore già impiantato (ICD) deve/doveva essere espantato ☐ Predisposizione familiare o ereditaria con elevato rischio di tachiaritmie ventricolari pericolose per la vita, ad esempio sindrome del QT lungo o cardiomiopatia ipertrofica ☐ Arresto cardiaco improvviso dovuto a fibrillazione ventricolare (FV) o tachicardia ventricolare persistente (TV, spontanea o indotta), non collegata a un infarto (>48 ore dopo un infarto del miocardio) ☐ Altri motivi (si prega di descrivere): _____					
2. Durata della prescrizione prevista (barrare con una croce) ☐ 3 mesi ☐ 2 mesi ☐ 1 mese ☐ altro _____ ☐ Prescrizione seguente					
3. Impostazioni del dispositivo (inserire i valori nelle caselle): Valore limite freq. cardiaca TV Valore limite freq. cardiaca FV Energia di shock (joule) 0 Inserire l'energia per tutte 5 scariche Preimpostazione: 150 bpm 120-250 bpm, incrementi di 10 Preimpostazione: 200 bpm 120-250 bpm, incrementi di 10 Preimpostazione: 150 J 75-150 J, incrementi di 25 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ incrementi di 25 tra 75 J - 150 J per tutte 5 scariche Altre impostazioni: _____ Il paziente porta un cardioverter/defibrillatore impiantabile (ICD): ☐ No ☐ Sì → La terapia antitachicardica è stata spenta? Il paziente porta un pacemaker: ☐ No ☐ Sì → La polarità della stimolazione è stata controllata e programmata su bipolare, se necessario?					
Motivazione: Il paziente è a serio rischio di arresto cardiaco improvviso con esito fatale, danni neurologici o altre condizioni mediche di rilievo. Il DISPOSITIVO deve essere indossato in modo permanente, eccetto durante il bagno/la doccia, così che il ritmo cardiaco possa essere costantemente monitorato in modo da permettere, in caso si verificano aritmie sintomatiche, una immediata somministrazione della terapia elettrica.					
CAMPO C: INFORMAZIONI RELATIVE AL MEDICO PRESCRIVENTE*					
Nome della clinica		Via della clinica / dello studio medico		Numero di casa	
Nome e cognome del medico curante		CAP	Località	Cantone	
Funzione del medico curante		No di telefono del medico			
N° del registro dei codici creditori (n° RCC) / Global Location N° (GLN)		No di fax del medico			
Persona di riferimento in caso di domande		Reparto / edificio / numero di stanza			
Data di dimissione prevista: (se il paziente è attualmente ospedalizzato)		No di telefono della persona di riferimento			
Richiedo l'assunzione dei costi per il dispositivo prescritto ed esonero il medico curante dall'obbligo del segreto professionale nei confronti dell'ente assicurativo.		(Timbro della clinica/dello studio medico)			
Data / firma del paziente					
Data / firma del medico					

Nome del paziente	Cognome del paziente	Data di nascita
-------------------	----------------------	-----------------

CAMPO D: ULTERIORI INFORMAZIONI E MOTIVAZIONI PER PERIODI DI PRESCRIZIONE SUPERIORI A SUPERIORI A 30 GIORNI

☐ **Espianto ICD**

- ☐ L'indicazione all'ICD è ancora valida
- ☐ L'infezione non è completamente guarita
- o
- ☐ Il re-impianto non è possibile per altre ragioni
- Specificare:

☐ **Periodo di attesa al trapianto cardiaco**

- ☐ Alto rischio di morte cardiaca improvvisa durante il periodo di attesa
- ☐ L'impianto ICD non è possibile o non è appropriato

☐ **Ritardo all'impianto di ICD**

- ☐ Indicazione all'impianto di ICD secondo linee guida
- ☐ L'impianto non è al momento possibile
- Motivo:

☐ **Disfunzione ventricolare, cardiomiopatia, miocardite**

- ☐ FEVS $\leq 35\%$
- ☐ La causa della disfunzione è trattabile o recuperabile
- ☐ Aspettativa di miglioramento della funzionalità cardiaca
- ☐ Iniziato trattamento farmacologico per lo scompenso cardiaco

☐ **Infarto miocardico**

- ☐ FEVS $\leq 35\%$
- e
- ☐ Iniziato trattamento farmacologico per lo scompenso cardiaco
- ☐ Aspettativa di miglioramento della funzionalità cardiaca
- ☐ Non si è superato il periodo di attesa
(periodo d'attesa raccomandato prima di un possibile impianto ICD secondo le linee guida ESC: almeno 40 giorni)
- ☐ Il periodo di attesa è superato, ma la FEVS è in miglioramento e conseguentemente viene meno la necessità di impiantare un ICD

☐ **Prima e dopo rivascolarizzazione (PCI o CABG)**

- ☐ FEVS $\leq 35\%$
- e
- ☐ Aspettativa di miglioramento della funzionalità cardiaca
- ☐ Non si è superato il periodo di attesa
(periodo d'attesa raccomandato prima di un possibile impianto ICD secondo le linee guida ESC: fino a 3 mesi, Priori et al. 2015)
- ☐ Si è superato il periodo di attesa, ma la FEVS è in miglioramento e conseguentemente viene meno la necessità di impiantare un ICD

☐ **Altri fattori di rischio di morte cardiaca improvvisa**

descrizione:

.....

.....

.....

CAMPO E: COMPLIANCE

Valutazione della compliance per una prescrizione oltre i 30 giorni:

☐ **Il medico prescrivente conferma che la compliance viene rivalutata ogni 3 settimane.**

	(Timbro della clinica/dello studio medico)
Data / firma del medico	

*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 Switzerland AG 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 Switzerland AG sono conservati sui server di ZOLL, che possono trovarsi al di fuori della Svizzera 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 Switzerland AG 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 Switzerland AG, Baarerstrasse 8, 6300 Zug, telefono +41445514293; il responsabile della protezione dei dati di ZOLL Medical Switzerland AG è raggiungibile all'indirizzo Dataprotectioninquiries@zoll.com.