

## **Istruzioni**

### **Compilare il modulo:**

**Campo A** – Informazioni relative al paziente (nome, indirizzo, numero di telefono, informazioni assicurative: importanti per una tempestiva elaborazione della richiesta).

**Campo B** – Diagnosi (ragione per cui il paziente necessita di LifeVest). Indicare tassativamente la durata prevista di indossamento. Indicare anche le impostazioni del dispositivo richieste.

**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 un voucher di costo)

- Trasmettere immediatamente il modulo compilato al numero di fax: 0800 820061
- Allegare il referto medico.
- Il documento originale viene raccolto dal personale ZOLL CMS addetto alla distribuzione (Inviare l'originale del rinnovo della prescrizione via posta a ZOLL MEDICAL Switzerland AG, Bahnhofstrasse 20, 6300 Zug).

### **Indicazioni secondo la registrazione EMap del 1° gennaio 2019:**

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 (LVEF) < 35%
- Da notare: per un periodo di prescrizione superiore ai 30 giorni, è necessaria anche una richiesta di un voucher di costo (pagina 2 del modulo medical order).

# Prescrizione medica / Richiesta di autorizzazione costi

Numero di posizione EMAp 09.03.01.00.2

Tel / Fax: 0800 820 061

Defibrillatore indossabile LifeVest

informazioni sul paziente e sull'assicurazione			
Cognome del paziente		Nome dell'assicurazione sanitaria	Numero della cassa sanitaria
Nome del paziente		Numero dell'assicurato	Status
Street and number		Località / eventualmente numero di telefono dell'assicurazione sanitaria	Validità fino
CAP	Località	Cantone	Altri enti assicurativi
Data di nascita	Lingua principale (DE, FR, IT)	Numero di telefono del paziente	Contact information of different cost bearer

## Campo B: diagnosi e motivi della prescrizione (selezionare 1, 2, 3 e 4)

### 1. Motivi di rischio di morte cardiaca improvvisa:

- Arresto cardiaco improvviso dovuto a fibrillazione ventricolare (VF) o tachicardia ventricolare persistente (VT, spontanea o indotta), non collegata a un infarto (>48 ore dopo un infarto del miocardio)
- Familiarità o predisposizione ereditaria con alto rischio di tachiaritmie ventricolari pericolose, per esempio sindrome del QT lungo o cardiomiopatia ipertrofica
- FE (frazione di eiezione)  $\leq$  35%:  $\leq$  \_\_\_\_\_
- Defibrillatore (ICD) già impiantato deve essere espantato
- Alto rischio di tachiaritmie (VT/VF) potenzialmente letali non specificato  
Descrizione:

### 2. Motivi di rischio di morte cardiac improvvisa:

- Periodo post infarto miocardico [periodo di attesa di 40 giorni per rivalutazione impianto ICD]
- Rivascolarizzazione chirurgica recente o pianificata (ACVB) [periodo di attesa di 90 giorni per rivalutazione impianto ICD]
- Rivascolarizzazione percutanea recente o pianificata PTCA [periodo di attesa di 90 giorni per rivalutazione impianto ICD]
- Cardiomiopatia non ischemica di recente diagnosi [90 giorni + period di attesa per rivalutazione impianto ICD]
- Cardiomiopatia dilatativa (DCM) con presunto miglioramento dell'efficienza cardiaca
- Trapianto cardiac pianificato
- Impianto ICD posticipato o non possibile a causa di infezione acuta, miocardite, trombo intra ventricolare
- Indicazione all'ICD ma chirurgia controindicata
- Scopenso cardiaco classe NYHA IV
- Altre ragioni (descrizione):

### 3. Durata della prescrizione prevista (segnare con una croce):

- 3 mesi       2 mesi       1 mese       altro:       Prescrizione seguente

### 4. Impostazioni del dispositivo (inserire i valori nella casella):

Valore limite frequenza cardiaca VT Preimpostazione: 150 (incrementi di 10)	Valore limite frequenza cardiaca VF Preimpostazione: 200 (incrementi di 10)	Energia di shock (joule) Max. / Preimpostazione: 150 (incrementi di 25)	<b>OPPURE</b>	Inserire l'energia per tutte e cinque le scariche. 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ (incrementi di 25 tra 75J-150J)
---	---	---	---------------	--

Motivazione: il paziente è a serio rischio di Arresto cardiaco improvviso con esito fatale, con conseguenti danni neurologici o altre importanti patologie. 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: medico prescrivente e informazioni di contatto

Nome della clinica	Via della clinica / dello studio medico		
Nome del medico curante	CAP	Località	Cantone
Funzione del medico curante	Numero di telefono del medico		
Numero del registro dei codici creditori (n° RCC) / Global Location Number (GLN)	Numero di fax del medico		
Numero identificativo dell'ente ospedaliero	Reparto / edificio / numero di stanza		
Persona di riferimento in caso di domande	Numero di telefono della persona di riferimento		
Data di dimissione prevista: (se il paziente è attualmente ospedalizzato)			
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)		
X..... (Data / firma del paziente)			
X..... (Data / firma del paziente)			

**Campo D: Richiesta di approvazione di spesa per un medical order di un defibrillatore indossabile (LifeVest) oltre i 30 giorni**

**Espianto ICD**

- Indicazione all'ICD è ancora valida
- L'infezione non si è completamente attenuata
- O
- Re-impianto non è possibile per alter ragioni  
Specificare:

**Periodo di attesa al trapianto cardiaco**

- Alto rischio di PHT durante il periodo di attesa
- Impianto ICD non è possibile o non 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 funzione 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 funzione cardiaca
- Periodo di attesa minimo non superiore a 40 giorni / 6 settimane  
(Raccomandazioni delle linee guida ESC per un possibile impianto ICD: 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 funzione 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 rischi elevate di morte cardiaca improvvisa**

descrizione:

Luogo, data

Firma del medico e clinica / timbro