



THE **MARFAN**  
FOUNDATION

## KIT DI PREPARAZIONE ALLE EMERGENZE

**Nome paziente:**

Questo kit è uno strumento che la aiuterà a prepararsi in caso di emergenza. Consigliamo di conservare il plico completo in una busta o in una cartellina colorata facilmente individuabile. A casa, tenga il plico vicino alla porta in modo che i paramedici possano trovarlo facilmente e valuti la possibilità di affiggerlo alla parete sul luogo di lavoro. Fornisca inoltre una copia di questo plico alla persona che ha la sua procura e la sua delega sanitaria. Tutte le informazioni possono essere salvate in una chiavetta USB da appendere a un portachiavi. Alcuni servizi di allarme sanitario forniscono queste chiavette con il loro logo, in alternativa può acquistarle in un negozio di articoli da ufficio.

Molte persone salvano il numero da contattare in caso d'emergenza sulla rubrica telefonica alla voce ICE (In Caso di Emergenza). Usi le sigle ICE1, ICE2, eccetera. Gli operatori dei servizi di emergenza sanitaria sono addestrati a cercare questi numeri sul cellulare del paziente.

Se ha bisogno di cure d'emergenza, può essere utile chiedere al suo medico di base di chiamare in anticipo per suo conto e informare il medico di guardia del pronto soccorso della possibilità di una dissezione aortica prima del suo arrivo. Inoltre, lei o una persona a lei vicina potreste contattare il pronto soccorso prima del suo arrivo.

# LISTA DI SPOUNTA

Raccomandiamo di compilare questi documenti in modo che siano pronti in caso di emergenza. Alcuni di questi documenti potrebbero non essere pertinenti (per esempio non tutti desiderano un ordine di non rianimare). Si ricordi di aggiornare regolarmente le informazioni.

*Ultimo aggiornamento*

Modulo con i dati personali.....	_____
Anamnesi .....	_____
Risultati dei test genetici .....	_____
Nota medica/sintesi dall'ultima visita con il medico .....	_____
Dati del medico .....	_____
Dati dell'assicurazione .....	_____
Anamnesi familiare.....	_____
Procura.....	_____
Delega sanitaria.....	_____
Testamento biologico.....	_____
Ordine di non rianimare.....	_____

---

## **Includere una copia dell'ultima versione di quanto segue (ottenuti dal proprio medico)**

Ecografia con referto scritto .....	_____
RMI/Angio-RM con referto scritto.....	_____
TC/Angio-TC con referto scritto.....	_____
Analisi del sangue.....	_____

---

## **Altre risorse**

Scheda informativa sulla sindrome di Marfan.....	_____
Informazioni sul braccialetto di allerta medica .....	_____
Tessera di allerta medica.....	_____

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_  
Data di nascita: \_\_\_\_\_ Tessera sanitaria: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Sesso: Maschio Femmina Stato civile: \_\_\_\_\_

---

## Informazioni di contatto

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_  
Città: \_\_\_\_\_ Regione: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_  
Telefono (casa): \_\_\_\_\_ Telefono (lavoro): \_\_\_\_\_  
Cellulare: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Occupazione: \_\_\_\_\_ Datore di lavoro: \_\_\_\_\_  
Indirizzo di lavoro: \_\_\_\_\_  
Città: \_\_\_\_\_ Regione: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

---

## Dati sulla salute

Altezza: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Gruppo sanguigno: \_\_\_\_\_  
Pressione: \_\_\_\_\_ Frequenza cardiaca a riposo: \_\_\_\_\_  
Consumo di alcolici (quantità consumata): \_\_\_\_\_ al giorno alla settimana  
Fumatore: Non Fumatore 1 pacchetto o meno/settimana 2-3 pacchetti/settimana 1 pacchetto/giorno  
Più di 1 pacchetto/giorno Ex fumatore/data dell'ultima sigaretta: \_\_\_\_\_

---

## Informazioni linguistiche

Lingua parlata a casa: \_\_\_\_\_ Serve un interprete? Sì No  
*Se le serve un interprete e l'ospedale non è momentaneamente in grado di fornirne uno, chi possono contattare per dare assistenza?*

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_  
Telefono (casa): \_\_\_\_\_ Telefono (lavoro): \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_

---

## Contatti di emergenza

**Contatto 1** Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_ Relazione: \_\_\_\_\_  
Città: \_\_\_\_\_ Regione: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_  
Telefono (casa): \_\_\_\_\_ Telefono (lavoro): \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_

**Contatto 2** Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_ Relazione: \_\_\_\_\_  
Città: \_\_\_\_\_ Regione: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_  
Telefono (casa): \_\_\_\_\_ Telefono (lavoro): \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

## Diagnosi

Sindrome di Marfan Età alla diagnosi: \_\_\_\_\_

Note/commenti: \_\_\_\_\_

## Farmaci che assume attualmente (includivitamine/integratori)

1. **Nome:** \_\_\_\_\_ **Posologia:** \_\_\_\_\_ **Frequenza:** \_\_\_\_\_

*Motivo:* \_\_\_\_\_

2. **Nome:** \_\_\_\_\_ **Posologia:** \_\_\_\_\_ **Frequenza:** \_\_\_\_\_

*Motivo:* \_\_\_\_\_

3. **Nome:** \_\_\_\_\_ **Posologia:** \_\_\_\_\_ **Frequenza:** \_\_\_\_\_

*Motivo:* \_\_\_\_\_

4. **Nome:** \_\_\_\_\_ **Posologia:** \_\_\_\_\_ **Frequenza:** \_\_\_\_\_

*Motivo:* \_\_\_\_\_

5. **Nome:** \_\_\_\_\_ **Posologia:** \_\_\_\_\_ **Frequenza:** \_\_\_\_\_

*Motivo:* \_\_\_\_\_

6. **Nome:** \_\_\_\_\_ **Posologia:** \_\_\_\_\_ **Frequenza:** \_\_\_\_\_

*Motivo:* \_\_\_\_\_

Se assume altri medicinali, lo indichi alla pagina 7 di questo modulo.

## Allergie

1. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

## Anamnesi cardiologica (cuore)

Ha o ha avuto in passato dei problemi cardiaci e se sì, quali? (Per es. prolasso della valvola mitralica, rigurgito aortico o aneurisma/dissezione aortica ecc.)

Alleggi le immagini diagnostiche più recenti.

## Anamnesi oculare (occhi)

Ha o ha avuto in passato problemi oculari e se sì, quali? (Per es. dislocazione del cristallino, distacco della retina, strabismo, cataratta ecc.)

Alleggi le immagini diagnostiche più recenti.

## Anamnesi ortopedica (ossa e legamenti)

Ha o ha avuto in passato problemi all'apparato scheletrico e se sì, quali? (Per es. scoliosi, lussazioni ecc.)

Alleggi le immagini diagnostiche più recenti.

## Anamnesi polmonare (polmoni)

Ha o ha avuto in passato problemi polmonari e se sì, quali? (Per es. asma, pneumotorace, cisti polmonari ecc.)

Alleggi le immagini diagnostiche più recenti.

## Interventi/procedure chirurgiche recenti

A quali interventi/procedure chirurgiche è stato/a sottoposto/a (Per es. riparazione aortica, intervento oculare, interventi per pectus excavatum ecc.)?

**1. Intervento/procedura chirurgica:** \_\_\_\_\_

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Medico che ha eseguito l'intervento: \_\_\_\_\_ N. di telefono del medico: \_\_\_\_\_

**2. Intervento/procedura chirurgica:** \_\_\_\_\_

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Medico che ha eseguito l'intervento: \_\_\_\_\_ N. di telefono del medico: \_\_\_\_\_

**3. Intervento/procedura chirurgica:** \_\_\_\_\_

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Medico che ha eseguito l'intervento: \_\_\_\_\_ N. di telefono del medico: \_\_\_\_\_

**4. Intervento/procedura chirurgica:** \_\_\_\_\_

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Medico che ha eseguito l'intervento: \_\_\_\_\_ N. di telefono del medico: \_\_\_\_\_

**5. Intervento/procedura chirurgica:** \_\_\_\_\_

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Medico che ha eseguito l'intervento: \_\_\_\_\_ N. di telefono del medico: \_\_\_\_\_

**6. Intervento/procedura chirurgica:** \_\_\_\_\_

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Medico che ha eseguito l'intervento: \_\_\_\_\_ N. di telefono del medico: \_\_\_\_\_

**7. Intervento/procedura chirurgica:** \_\_\_\_\_

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Medico che ha eseguito l'intervento: \_\_\_\_\_ N. di telefono del medico: \_\_\_\_\_

**8. Intervento/procedura chirurgica:** \_\_\_\_\_

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Medico che ha eseguito l'intervento: \_\_\_\_\_ N. di telefono del medico: \_\_\_\_\_

*Se è stato/a sottoposto/a ad altri interventi/procedure chirurgiche, lo indichi alla pagina 8 di questo modulo.*

---

## **Altri farmaci che assume attualmente (includa vitamine/integratori)**

7. **Nome:** \_\_\_\_\_ **Posologia:** \_\_\_\_\_ **Frequenza:** \_\_\_\_\_

*Motivo:* \_\_\_\_\_

8. **Nome:** \_\_\_\_\_ **Posologia:** \_\_\_\_\_ **Frequenza:** \_\_\_\_\_

*Motivo:* \_\_\_\_\_

9. **Nome:** \_\_\_\_\_ **Posologia:** \_\_\_\_\_ **Frequenza:** \_\_\_\_\_

*Motivo:* \_\_\_\_\_

10. **Nome:** \_\_\_\_\_ **Posologia:** \_\_\_\_\_ **Frequenza:** \_\_\_\_\_

*Motivo:* \_\_\_\_\_

11. **Nome:** \_\_\_\_\_ **Posologia:** \_\_\_\_\_ **Frequenza:** \_\_\_\_\_

*Motivo:* \_\_\_\_\_

12. **Nome:** \_\_\_\_\_ Posologia: \_\_\_\_\_ Frequenza: \_\_\_\_\_

*Motivo:* \_\_\_\_\_

13. **Nome:** \_\_\_\_\_ Posologia: \_\_\_\_\_ Frequenza: \_\_\_\_\_

*Motivo:* \_\_\_\_\_

14. **Nome:** \_\_\_\_\_ Posologia: \_\_\_\_\_ Frequenza: \_\_\_\_\_

*Motivo:* \_\_\_\_\_

15. **Nome:** \_\_\_\_\_ Posologia: \_\_\_\_\_ Frequenza: \_\_\_\_\_

*Motivo:* \_\_\_\_\_

16. **Nome:** \_\_\_\_\_ Posologia: \_\_\_\_\_ Frequenza: \_\_\_\_\_

*Motivo:* \_\_\_\_\_

17. **Nome:** \_\_\_\_\_ Posologia: \_\_\_\_\_ Frequenza: \_\_\_\_\_

*Motivo:* \_\_\_\_\_

18. **Nome:** \_\_\_\_\_ Posologia: \_\_\_\_\_ Frequenza: \_\_\_\_\_

*Motivo:* \_\_\_\_\_

19. **Nome:** \_\_\_\_\_ Posologia: \_\_\_\_\_ Frequenza: \_\_\_\_\_

*Motivo:* \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

---

## Ulteriori interventi/procedure chirurgiche recenti

A quali interventi/procedure chirurgiche è stato/a sottoposto/a (Per es. riparazione aortica, riparazione arteriosa, chirurgia intestinale ecc.)?

**9. Intervento/procedura chirurgica:** \_\_\_\_\_

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Medico che ha eseguito l'intervento: \_\_\_\_\_ N. di telefono del medico: \_\_\_\_\_

**10. Intervento/procedura chirurgica:** \_\_\_\_\_

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Medico che ha eseguito l'intervento: \_\_\_\_\_ N. di telefono del medico: \_\_\_\_\_

**11. Intervento/procedura chirurgica:** \_\_\_\_\_

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Medico che ha eseguito l'intervento: \_\_\_\_\_ N. di telefono del medico: \_\_\_\_\_

**12. Intervento/procedura chirurgica:** \_\_\_\_\_

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Medico che ha eseguito l'intervento: \_\_\_\_\_ N. di telefono del medico: \_\_\_\_\_

**13. Intervento/procedura chirurgica:** \_\_\_\_\_

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Medico che ha eseguito l'intervento: \_\_\_\_\_ N. di telefono del medico: \_\_\_\_\_

**14. Intervento/procedura chirurgica:** \_\_\_\_\_

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Medico che ha eseguito l'intervento: \_\_\_\_\_ N. di telefono del medico: \_\_\_\_\_

**15. Intervento/procedura chirurgica:** \_\_\_\_\_

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Medico che ha eseguito l'intervento: \_\_\_\_\_ N. di telefono del medico: \_\_\_\_\_

**16. Intervento/procedura chirurgica:** \_\_\_\_\_

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Medico che ha eseguito l'intervento: \_\_\_\_\_ N. di telefono del medico: \_\_\_\_\_



Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

---

## Medico di base

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Regione: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Cellulare: \_\_\_\_\_ Cercapersona: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

---

## Genetista

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Regione: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Cellulare: \_\_\_\_\_ Cercapersona: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

---

## Cardiologo

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Regione: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Cellulare: \_\_\_\_\_ Cercapersona: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

---

## Cardiochirurgo

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Regione: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Cellulare: \_\_\_\_\_ Cercapersona: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

---

## Oculista

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Regione: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Cellulare: \_\_\_\_\_ Cercapersona: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

## Ortopedico

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Regione: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Cellulare: \_\_\_\_\_ Cercapersone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

---

## Altro specialista

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Specialità: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Regione: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Cellulare: \_\_\_\_\_ Cercapersone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

---

*Se è seguito/a da altri medici, lo indichi alla pagina 11 di questo modulo.*

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

---

### Altro specialista

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Specialità: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Regione: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Cellulare: \_\_\_\_\_ Cercapersone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

---

### Altro specialista

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Specialità: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Regione: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Cellulare: \_\_\_\_\_ Cercapersone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

---

### Altro specialista

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Specialità: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Regione: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Cellulare: \_\_\_\_\_ Cercapersone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

---

### Altro specialista

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Specialità: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Regione: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Cellulare: \_\_\_\_\_ Cercapersone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

---

### Altro specialista

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Specialità: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Regione: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Cellulare: \_\_\_\_\_ Cercapersone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

## Assicurazione sanitaria principale

Tipo di polizza: EPO HMO PPO POS Altro, specificare: \_\_\_\_\_

Richiesta autorizzazione: Sì No N° autorizzazione: \_\_\_\_\_ Data di entrata in vigore: \_\_\_\_\_

Compagnia assicurativa: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Regione: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Contraente: Io Coniuge Altro, specificare: \_\_\_\_\_

Nome del contraente: \_\_\_\_\_ Cognome del contraente: \_\_\_\_\_

N° identificativo del contraente: \_\_\_\_\_ Data di nascita del contraente: \_\_\_\_\_

Datore di lavoro del contraente: \_\_\_\_\_

Indirizzo del datore di lavoro: \_\_\_\_\_ Numero del gruppo: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Regione: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

## Assicurazione sanitaria secondaria

Tipo di polizza: EPO HMO PPO POS Altro, specificare: \_\_\_\_\_

Richiesta autorizzazione: Sì No N° autorizzazione: \_\_\_\_\_ Data di entrata in vigore: \_\_\_\_\_

Compagnia assicurativa: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Regione: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Contraente: Io Coniuge Altro, specificare: \_\_\_\_\_

Nome del contraente: \_\_\_\_\_ Cognome del contraente: \_\_\_\_\_

N° identificativo del contraente: \_\_\_\_\_ Data di nascita del contraente: \_\_\_\_\_

Datore di lavoro del contraente: \_\_\_\_\_

Indirizzo del datore di lavoro: \_\_\_\_\_ Numero del gruppo: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Regione: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

**Padre**

Dissezione aortica  
Aneurisma  
Ictus o TIA  
Asma  
Disturbi ematici (per es. anemia)  
Insufficienza cardiaca congestizia  
BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva)  
Coronaropatia  
Diabete  
Tumore  
Debolezza neuromuscolare  
Apnea ostruttiva del sonno  
Pancreatite  
Arteriopatia periferica  
Disfunzione renale  
Convulsioni  
Tiroidite  
Altro (specificare): \_\_\_\_\_

**Madre**

Dissezione aortica  
Aneurisma  
Ictus o TIA  
Asma  
Disturbi ematici (per es. anemia)  
Insufficienza cardiaca congestizia  
BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva)  
Coronaropatia  
Diabete  
Tumore  
Debolezza neuromuscolare  
Apnea ostruttiva del sonno  
Pancreatite  
Arteriopatia periferica  
Disfunzione renale  
Convulsioni  
Tiroidite  
Altro (specificare): \_\_\_\_\_

**Nonni**

Dissezione aortica  
Aneurisma  
Ictus o TIA  
Asma  
Disturbi ematici (per es. anemia)  
Insufficienza cardiaca congestizia  
BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva)  
Coronaropatia  
Diabete  
Tumore  
Debolezza neuromuscolare  
Apnea ostruttiva del sonno  
Pancreatite  
Arteriopatia periferica  
Disfunzione renale  
Convulsioni  
Tiroidite  
Altro (specificare): \_\_\_\_\_

**Altri parenti**

Dissezione aortica  
Aneurisma  
Ictus o TIA  
Asma  
Disturbi ematici (per es. anemia)  
Insufficienza cardiaca congestizia  
BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva)  
Coronaropatia  
Diabete  
Tumore  
Debolezza neuromuscolare  
Apnea ostruttiva del sonno  
Pancreatite  
Arteriopatia periferica  
Disfunzione renale  
Convulsioni  
Tiroidite  
Altro (specificare): \_\_\_\_\_



## TESSERA DI ALLERTA MEDICA

Stampare la tessera per ogni componente del nucleo familiare. Inserire il nome del/della paziente e i dati di contatto. Tagliare lungo la linea tratteggiata. Piegare in senso verticale e orizzontale. Portare sempre con sé questa tessera.

PIEGARE



### TESSERA DI ALLERTA MEDICA

**NON DIMETTERE QUESTO/A PAZIENTE  
PRIMA DI AVER ESCLUSO L'EVENTUALITÀ  
DI UNA DISSEZIONE AORTICA.**

**Questo/a paziente è affetto/a da sindrome di Marfan  
o da una condizione correlata, che lo/la pone a un  
rischio 250 volte maggiore di dissezione aortica  
rispetto alla popolazione generale.**

I sintomi di dissezione aortica variano e possono essere relativamente modesti e aspecifici. Il **dolore toracico** è il sintomo più comune, tuttavia il **dolore può essere avvertito anche nella schiena e/o nell'addome**. Il dolore può essere descritto come intenso o indistinto, costante o intermittente, migratorio, lacerante, opprimente o totale. Altri segni e sintomi possono includere **instabilità cardiovascolare, assenza di polso, parestesia, paralisi, sincope** o la sensazione di "avere qualcosa di molto grave".



22 Manhasset Ave., Port Washington, NY 11050

800-8-MARFAN | Marfan.org

NOME DEL/DELLA PAZIENTE: \_\_\_\_\_

CONTATTO DI EMERGENZA: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

MEDICO: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

NOTE MEDICHE: \_\_\_\_\_

SINDROME DI MARFAN  DISTURBO CORRELATO, SPECIFICARE: \_\_\_\_\_

I test più sensibili per rilevare una dissezione aortica sono: **TC, ecocardiogramma transesofageo e RMI**. Scegliere quello più prontamente disponibile e che possa essere eseguito e interpretato con maggior competenza. Una normale radiografia **NON** esclude l'eventualità di dissezione aortica.

**IL 50% DEI PAZIENTI CON DISSEZIONE AORTICA  
NON DIAGNOSTICATA MUORE ENTRO 48 ORE.**

**Non sottovalutare una dissezione aortica fino  
alla sua definitiva esclusione.**

I soggetti con sindrome di Marfan e condizioni correlate corrono un **rischio maggiore di progressione rapida ed esito infausto** per dissezione aortica ascendente o discendente acuta. Potrebbero essere necessari interventi medico-chirurgici specialistici e invasivi pensati appositamente per questa popolazione di pazienti. In caso di diagnosi di DA, trasferire **il/la paziente presso un centro specializzato** in grado di eseguire un intervento definitivo una volta stabilizzato/a il/la paziente. Questo è il parere del comitato consultivo scientifico della Marfan Foundation e tiene conto delle linee guida basate sulle evidenze stilate dall'American College of Cardiology Foundation e dall'American Heart Association in collaborazione con altre otto organizzazioni professionali.

PIEGARE