

**Al Distretto Socio Sanitario, per il tramite dell'assistito
CERTIFICAZIONE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

Si certifica che il/la Sig/a _____

nato/a il ____/____/____ residente a _____

CF o tessera sanitaria _____

a seguito dei seguenti riscontri clinici:

- **rilievo di 3 determinazioni effettuate in condizioni basali ed in giornate diverse, di valori di pressione arteriosa sistolica ≥ 140 e/o diastolica ≥ 90 mm Hg:**

data _____ PA: _____; data _____ PA: _____; data _____ PA: _____;

- **paziente già in trattamento antipertensivo da _____**

- **presenza di:**

Danno a livello degli organi	• Ipertrofia ventricolare sinistra	no[]	si[]	non noto[]
	• Evidenza ultrasonografica di aumento di spessore mio-intimale (rapporto IMT a livello carotideo $< 0,9$ mm o presenza di placche aterosclerotiche)	no[]	si[]	non noto[]
	• Microalbuminuria (30-300 mg/lit o altra determinazione positiva con metodo appropriato)	no[]	si[]	non noto[]
	• Lieve incremento dei livelli serici di creatinina (1,3-1,5 mg/dl negli uomini e 1,2-1,4 mg/dl nelle donne) o VFG calcolato o misurato < 60 ml/min	no[]	si[]	non noto[]
Condizioni cliniche associate	• Malattia cerebrovascolare (stroke ischemico; Emorragia cerebrale; Attacchi ischemici transitori)	no[]	si[]	non noto[]
	• Cardiopatía (Infarto miocardico; Angina Rivascolarizzazione coronaria; Scompenso cardiaco)	no[]	si[]	non noto[]
	• Nefropatia: Nefropatia diabetica; Insufficienza renale (creatinina $> 1,5$ nell'uomo e $> 1,4$ mg/dl nella donna); proteinuria (> 300 mg/24 h)	no[]	si[]	non noto[]
	• Vasculopatia periferica (Aneurisma aorta addominale, Arteriopatia aa.inf.)	no[]	si[]	non noto[]
	• Retinopatia ipertensiva in fase avanzata (Emorragie o essudati, Papilledema)	no[]	si[]	non noto[]

E' AFFETTO DA (barrare **unicamente** la voce di interesse):

- ☐ **IPERTENSIONE ARTERIOSA ESSENZIALE (senza danno d'organo) (Cod. 031.401)**
- ☐ **IPERTENSIONE ARTERIOSA ESSENZIALE CON DANNO D'ORGANO (Cod. D31.401)**
- ☐ **IPERTENSIONE ARTERIOSA CON CARDIOPATIA IPERTENSIVA (Cod. D31.402)**
- ☐ **IPERTENSIONE ARTERIOSA CON NEFROPATIA IPERTENSIVA (Cod. D31.403)**
- ☐ **IPERTENSIONE ARTERIOSA CON CARDIO-NEFROPATIA (Cod. D31.404)**

Data ____/____/____

Timbro e firma del MMG _____