



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA



DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIOLOGICHE TORACICHE E VASCOLARI

AIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA



CLINICA CARDIOLOGICA

DIRETTORE: PROF. SABINO ILICETO

SERVIZIO PREVENZIONE E TERAPIA DELLA TROMBOSI

RESPONSABILE: PROF. VITTORIO PENGO

RICHIESTA DI RINNOVO DEL PIANO TERAPEUTICO PER I FARMACI ANTICOAGULANTI ORALI

(Il nuovo piano terapeutico si può redigere solo entro 30 giorni dalla scadenza del vecchio piano terapeutico)

Da compilare in ogni campo, a cura del paziente o del suo MMG

Data ___ / ___ / ____

| | |
|------------------------------------|--|
| Nome e Cognome | |
| Data di Nascita | |
| Codice fiscale | |
| Numero di telefono | |
| Posta elettronica (se disponibile) | |

| | | | | | | |
|---|---|---|--------------|--|-----------|----|
| Farmaco anticoagulante assunto | | | | | | |
| Sesso | M | F | Altezza (cm) | | Peso (Kg) | |
| Negli ultimi 12 mesi ha cambiato farmaci? Ha preso altri farmaci rispetto alla sua terapia abituale? | | | | | SI | NO |
| Se sì, quali: | | | | | | |
| Negli ultimi 12 mesi ha mai dovuto sospendere il farmaco anticoagulante? | | | | | SI | NO |
| Se sì, specificare: | | | | | | |
| Negli ultimi 12 mesi ha avuto emorragie? | | | | | SI | NO |
| Se sì, si è recato in Pronto Soccorso a causa di queste? | | | | | SI | NO |
| Se sì, specificare il tipo di emorragia e allegare documentazione clinica | | | | | | |
| Negli ultimi 12 mesi è stato ricoverato in ospedale o ha subito interventi chirurgici? | | | | | SI | NO |
| Se sì, specificare il problema e allegare documentazione clinica | | | | | | |

(Se ha risposto sì ad una delle domande, è possibile che il medico del nostro centro la contatti per organizzare una visita di controllo)

Si allegano alla presente richiesta:

- Impegnativa per "89.01_2 Visita di controllo o di Follow up" con motivazione "Valutazione terapia" e idoneo codice di esenzione ticket.
- Copia del piano terapeutico in scadenza
- Esami ematochimici (eseguiti negli ultimi 3 mesi): emocromo, creatinina, AST e ALT
- Eventuale documentazione clinica (vedasi domande)

Cognome e Nome del compilatore
(se diverso dal Paziente)

Firma

INFORMAZIONI

Dal momento della consegna del presente modulo, per il rinnovo del piano terapeutico sono necessari alcuni giorni. Il paziente sarà contattato telefonicamente dal personale del nostro centro per il ritiro del piano terapeutico , non appena disponibile.

Per eventuali informazioni, contattare il nostro personale (mercoledì, giovedì, venerdì ore 10.30-13.00) al seguente numero telefonico 049 / 821.5654