



Servizio Sanitario Nazionale – Regione Veneto
Azienda ULSS n. 3 Serenissima – P. O. di MIRANO
DIPARTIMENTO STRUTTURALE DI MEDICINA SPECIALISTICA
CON ATTIVITA' DI ACCETTAZIONE ED URGENZA
Unità Operativa di Cardiologia sede di Mirano
Direttore: Dott. Salvatore Saccà
Telefono 041/5794241

ESAMI E DOCUMENTI PER IL RINNOVO DEL PIANO TERAPEUTICO

PER IL RINNOVO DEL PIANO TERAPEUTICO NAO
(PRADAXA – ELIQUIS – XARELTO – LIXIANA)

UN MESE PRIMA DELLA SCADENZA ESEGUIRE

- UN PRELIEVO DEL SANGUE PER:
Emocromo, AST, ALT, Gamma-GT, Clearance Creatinina secondo Cockcroft-Gault

E CON

- L'ESITO DEGLI ESAMI
- MODULO DI ANAMNESI COMPILATO E FIRMATO DAL MEDICO DI BASE
- PIANO TERAPEUTICO PRECEDENTE

RECARSI IN SEGRETERIA DELLA CARDIOLOGIA - PIANO TERRA (MIRANO)
Dal Lunedì al Venerdì dalle ore 09.00 alle ore 11.00

Note:

Per il ritiro a nome e per conto di un altro paziente munirsi di MODULO DI DELEGA

EMAIL: cardiomirano@aulss3.veneto.it
TEL. 041 5794260 – 041 5794241
(DALLE ORE 11.00 ALLE ORE 13.00)

INFORMAZIONI CLINICHE PER RINNOVO del PIANO TERAPEUTICO per i nuovi anticoagulanti orali

Per il rinnovo del piano terapeutico dei nuovi anticoagulanti orali

NOME COGNOME _____ DATA DI NASCITA _____ M F

C.F. _____ TEL. _____ PESO _____ Kg

FARMACO IN USO _____ dal _____ con DOSAGGIO _____

Allegare copia seguenti esami:

Emocromo, AST, ALT, Gamma-GT, Creatinina Clearance secondo Cockcroft-Gault

Indicazione alla terapia

Fibrillazione atriale Trombosi venosa profonda e/o embolia polmonare

Dalla precedente prescrizione del farmaco ad oggi ci sono stati:

- Reazione nociva e non voluta al medicinale nel ciclo precedente ----- SI NO
- Terapia concomitante con farmaci antiaggreganti ----- SI NO
- Episodi emorragici ----- SI NO
- Sono state necessarie delle trasfusioni ----- SI NO

Si sono verificate:

- Sindromi coronariche acute ----- SI NO
- Embolie (non cerebrali) ----- SI NO
- Attacchi ischemici transitori (TIA) ----- SI NO
- Ictus ----- SI NO
- E' stata necessaria una riduzione della dose del farmaco anticoagulante ----- SI NO
- E' stata necessaria una sospensione della terapia ----- SI NO

Data _____

Il M.M.G. _____

NOTA: In prossimità alla scadenza, circa un mese prima, eseguire i dosaggi su indicati, far compilare e firmare dal MMG il presente documento. Il paziente potrà presentarsi alla segreteria dell'U.O. Cardiologica di riferimento dalle 9.00 alle 11.00 dal lunedì al Venerdì. Non è necessario la compilazione di una impegnativa.