



MODULO ANAMNESTICO per il rinnovo del piano terapeutico degli ANTICOAGULANTI ORALI (il modulo va compilato in ogni sua parte a cura del Medico Curante)

Nome Cognome.....data di nascita...../...../.....

Il paziente ha avuto una reazione nociva e non voluta al medicinale nel ciclo precedente?

SI NO

Il paziente ha avuto Episodi emorragici (sanguinamenti):

SI NO

se SI maggiori

minori

specificare le caratteristiche del sanguinamento:

Sindromi coronariche acute:

SI NO

Ictus

SI NO

Embolia (non cerebrale):

SI NO

Attacco ischemico transitorio (TIA):

SI NO

Sono state necessarie delle trasfusioni:

SI NO

E' stata necessaria una sospensione della terapia?

SI NO

Peso: Kg

Terapia in atto:

DATA/...../.....

FIRMA E TIMBRO
MEDICO CURANTE