


Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Valtellina e Alto Lario	<small>DIPARTIMENTO / STRUTTURA</small> DIPARTIMENTO DEI SERVIZI DIAGNOSTICI	01 – Mod LA106	
	<small>DOCUMENTO</small> Modulo richiesta per controllo della terapia con Anticoagulanti Orali Diretti (DOAC) ED EPARINA	<small>INDICE DI REVISIONE</small>	4

Spazio per etichetta anagrafica

Cognome
nome

DATA PRELIEVO ____/____/____

Data di
nascita:

____/____/____ Sesso M F

NOTE: _____

Reparto

eventuale reparto di appoggio: _____

<input type="checkbox"/> PRADAXA (Dabigatran)	<input type="checkbox"/> XARELTO (Rivaroxaban)	<input type="checkbox"/> ELIQUIS (Apixaban)	<input type="checkbox"/> EDOXYBAN (Lixiana)	<input type="checkbox"/> EPARINA Non frazionata	<input type="checkbox"/> EPARINA EBPM
Inserimento Ippocrate: 023 DABIGATRAN	Inserimento Ippocrate: 020 RIVAROXABAN	Inserimento Ippocrate: 021 APIXABAN	Inserimento Ippocrate: introduzione a breve	Inserimento Ippocrate: 049NF	Inserimento Ippocrate: 049BP

Prelievo: Provetta azzurra per coagulazione

Sono richiedibili in urgenza, **PER I PRESIDI DI CHIAVENNA e SONDALO** contattare il reperibile di Laboratorio

Ore trascorse tra ultima assunzione e prelievo: _____ Non conosciute

Motivo della richiesta:

- Prima visita, farmaco NON ancora assunto, verifica di normalità del test basale
- Controllo periodico programmato, verifica della aderenza alla terapia e delle funzioni renale ed epatica
- Sospetto instaurarsi di insufficienza renale o epatica
- Prossimo intervento chirurgico o manovra invasiva
- Emergenza chirurgica
- Complicanza trombotica
- Complicanza emorragica
- Interazione con altri farmaci che possono ridurre o potenziare l'effetto dei DOAC
- Controllo in estrema magrezza
- Controllo in obesità
- Sospetto di sovradosaggio o avvelenamento
- Altro (specificare) _____

IL MEDICO RICHIEDENTE _____