



UOC MEDICINA DI LABORATORIO

SCHEMA INFORMATIVA DIATESI TROMBOTICHE ed EMORRAGICHE

Paziente: _____ Tel. _____

Data di nascita: _____

Etichetta

ANAMNESI

Fisiologica		Patologica	
Gravidanza	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (settimana:.....)	Embolia/Trombosi in data.....	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Allattamento	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Alterazioni epatiche	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Puerperio	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Aborto recente (<i>nei 2 mesi precedenti</i>)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
		Diarrea/disturbi gastrointestinali (<i>in corso o nelle 2 settimane precedenti</i>)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Dieta ricca di Vit. K	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (<i>ortaggi a foglia verde</i>)	Patologia autoimmune	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
		Altro:	

TERAPIA IN ATTO

Antagonisti Vit. K (es. Coumadin)	<input type="checkbox"/> in corso	<input type="checkbox"/> sospeso da
Rivaroxaban (Xarelto)	<input type="checkbox"/> in corso	<input type="checkbox"/> sospeso da
Apixaban (Eliquis)	<input type="checkbox"/> in corso	<input type="checkbox"/> sospeso da
Dabigatran (Pradaxa)	<input type="checkbox"/> in corso	<input type="checkbox"/> sospeso da
Edoxaban (Lixiana)	<input type="checkbox"/> in corso	<input type="checkbox"/> sospeso da
Eparina (Clexane, etc...)	<input type="checkbox"/> in corso	<input type="checkbox"/> sospeso da
Fondaparinux (Arixtra)	<input type="checkbox"/> in corso	<input type="checkbox"/> sospeso da
Sulodexide (Provenal)	<input type="checkbox"/> in corso	<input type="checkbox"/> sospeso da
Antibiotico	<input type="checkbox"/> in corso	<input type="checkbox"/> sospeso da
Estrogeni e/o progestinici (<i>pillola anticoncezionale o terapia ormonale sostitutiva</i>)	<input type="checkbox"/> in corso	<input type="checkbox"/> sospeso da
Anticonvulsivanti	<input type="checkbox"/> in corso	<input type="checkbox"/> sospeso da
Altro:		

MOTIVO DELLA RICHIESTA

- ☐ Familiare con *test coagulativi positivi*: Test:.....
- ☐ Prima di iniziare l'assunzione di estroprogestinici (*pillola anticoncezionale o terapia sostitutiva*)
- ☐ PMA (*Procreazione medicalmente assistita*)
- ☐ prima di iniziare terapia ormonale ☐ terapia ormonale in corso ☐ terapia sospesa da
- ☐ Altre motivazioni:.....

Nome e firma del compilatore