



**Scheda informativa DIATESI TROMBOTICHE ed EMORRAGICHE**

Etichetta

Paziente: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Anamnesi		
<b>Fisiologica</b>		<b>Patologica</b>
Gravidanza	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì (settimana:....)	Embolia/Trombosi in data..... <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì
Allattamento	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì	Alterazioni epatiche ..... <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì
Puerperio	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì	Aborto recente (nei 2 mesi precedenti) <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì
Dieta ricca di vit. K (ortaggi a foglia verde)	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì	Diarrea/disturbi gastrointestinali (in corso o nelle 2 settimane precedenti) <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì
		Patologia autoimmune <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì
		Altro: .....
////////////////////////////////////		
Terapia in atto		
Antagonisti vit K (es. Coumadin)	<input type="radio"/> in corso	<input type="radio"/> sospeso da .....
Rivaroxaban (Xarelto)	<input type="radio"/> in corso	<input type="radio"/> sospeso da .....
Apixaban (Eliquis)	<input type="radio"/> in corso	<input type="radio"/> sospeso da .....
Dabigatran (Pradaxa)	<input type="radio"/> in corso	<input type="radio"/> sospeso da .....
Edoxaban (Lixiana)	<input type="radio"/> in corso	<input type="radio"/> sospeso da .....
Eparina (Clexane, etc...)	<input type="radio"/> in corso	<input type="radio"/> sospeso da .....
Fondaparinux (Arixtra)	<input type="radio"/> in corso	<input type="radio"/> sospeso da .....
Sulodexide (Provenal)	<input type="radio"/> in corso	<input type="radio"/> sospeso da .....
Antibiotico	<input type="radio"/> in corso	<input type="radio"/> sospeso da .....
Estrogeni e/o progestinici (pillola anticoncezionale o terapia ormonale sostitutiva)	<input type="radio"/> in corso	<input type="radio"/> sospeso da .....
Anticonvulsivanti	<input type="radio"/> in corso	<input type="radio"/> sospeso da .....
Altro:		
////////////////////////////////////		
Motivo della richiesta		
<input type="radio"/> Familiare con <i>test coagulativi positivi</i> : Test:.....		
<input type="radio"/> Prima di iniziare l'assunzione di <i>estroprogestinici</i> (pillola anticoncezionale o terapia sostitutiva)		
<input type="radio"/> PMA (Procreazione medicalmente assistita)		
<input type="radio"/> O prima di iniziare terapia ormonale <input type="radio"/> terapia ormonale in corso <input type="radio"/> terapia sospesa da .....		
<input type="radio"/> Altre motivazioni.....		

Nome del compilatore .....