

PRESCRIZIONE E FOLLOW-UP TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE FANV
ISTRUZIONI PRATICHE

Il Programma Nazionale di Sorveglianza dei Pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO) per la Fibrillazione Atriale Non-Valvolare (FANV) prevede l'esecuzione di controlli periodici.

Questi possono essere effettuati c/o la Ns UOC durante **VISITA CARDIOLOGICA + ECG**.

In tal caso Pz prenota e regolarizza la richiesta del MMG per la prestazione VISITA CARDIOLOGICA + ECG presso i CUP aziendali e si presenta nei Ns ambulatori nella data e all'ora indicata all'atto della prenotazione. Nell'occasione il Pz dovrà

1. Saper riferire, tra gli altri, sulla terapia farmacologica in atto
2. E consegnare copia dei referti degli esami ematochimici effettuati nei 30 gg precedenti e comprendenti
 - 2.1. Emocromo
 - 2.2. Creatininemia
 - 2.3. ALT
 - 2.4. AST

In alternativa alla precedente, da utilizzare soprattutto nel caso il Pz non possa venire c/o i Ns ambulatori, o nelle visite di follow-up, sarà possibile effettuare il tutto con una richiesta di **VISITA DI SORVEGLIANZA TAO** (cod. CUP 1991).. In tal caso il Pz o il familiare, prenotata e regolarizzata la richiesta, si presenta nei Ns ambulatori nella data e all'ora indicata dai CUP aziendali portando con sé o consegnando in accettazione tutta la seguente documentazione:

- A. Precedente piano terapeutico o precedente visita di sorveglianza
- B. Modulo "Visita di Controllo Sorveglianza Terapia Anticoagulante Orale FANV" (DOC 2) compilato dal MMG
- C. copia dei referti degli esami ematochimici effettuati nei 30 gg precedenti e comprendenti
 1. Emocromo
 2. Creatininemia
 3. ALT
 4. AST

VISITA DI CONTROLLO SORVEGLIANZA TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE FANV

Io sottoscritto, medico curante del Sig.

(Cognome Nome) _____ peso corporeo Kg _____

nato il _____ residente via _____ Città _____ CAP _____

CF _____

DICHIARO

- che il/la sig. non è in condizioni di effettuare la visita di controllo per la terapia anticoagulante orale.
- Che l'assunzione del farmaco è stata ☐ regolare
☐ irregolare _____
 motivo dell'assunzione irregolare _____
- Che ☐ non ci sono state emorragie
☐ ci sono state emorragie _____
 Indicare quali _____
- Che ☐ non è stata/o ricoverata/o in ospedale
☐ è stata/o ricoverata/o in ospedale _____
 Indicare motivi _____
- Che ☐ non sono state modificate le altre terapie
☐ sono state modificate le altre terapie _____
 Indicare quali _____
- Che ☐ non ci sono stati eventi avversi dal precedente controllo
☐ ci sono stati eventi avversi dal precedente controllo _____
 Indicare quali _____

Creatininemia (mg/dl) _____ CrCl (ml/m') _____ Hb (g/dl) _____ ALT (GPT U/l) _____ AST (GOT U/l) _____

TERAPIA in atto

<i>farmaco</i>	<i>posologia</i>

Timbro e firma MMG