

PRESCRIZIONE E FOLLOW-UP TERAPIA ANTICOAGULANTI ORALI DIRETTI
ISTRUZIONI PRATICHE

Per il rilascio ed il rinnovo dei Piani Terapeutici AIFA per la terapia anticoagulante orale con farmaci diretti (DOAC) è necessario effettuare una **VISITA CARDIOLOGICA + ECG**.

In 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. Consegnare copia dei referti degli esami ematochimici effettuati nei 30 gg precedenti 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 "TERAPIA ANTICOAGULANTI ORALI DIRETTI" (DOC 3 in allegato) 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

TERAPIA ANTICOAGULANTI ORALI DIRETTI

Io sottoscritto, medico curante del Sig.

Nato il

Peso corporeo attuale Kg

DICHIARO

- che il/la sig. non è in condizioni di effettuare la visita per il rinnovo/prosecuzione delle pratiche burocratiche per il Piano Terapeutico relativo alla terapia anticoagulante
- non sono presenti problematiche che ostacolano la prosecuzione dell'attuale terapia con anticoagulanti orali.

A tal fine dichiaro inoltre:

L'assunzione della terapia è stata regolare irregolare →
motivi

Eventi intersorsi negli ultimi 12 mesi

Eventi ischemici NO SI infarto miocardico data

→

sindrome coronarica acuta data

embolia periferica data

TIA data

ICTUS data

Eventi emorragici NO SI → maggiori data.....

minori data.....

trasfusioni NO SI

Altro NO SI →

TERAPIA IN ATTO

1. posologia
2. posologia
3. posologia
4. posologia
5. posologia
6. posologia
7. posologia
8. posologia

Data/...../.....

Firma e timbro medico