

Allegato 1. alla Nota AIFA 97

Scheda di valutazione prescrizione e follow-up della terapia anticoagulante orale con AVK e NAO nei pazienti FAN

Sezione 2: scheda di follow-up

Medico presrittore

TEL:

specialista in

Paziente

sexso

Data di nascita

Residenza:

Codice Fiscale

Da compilare a cura del paziente

Rispetto al precedente controllo:

L'assunzione del farmaco è stata:

regolare irregolare

Motivare le ragioni dell'uso irregolare

Sono comparse manifestazioni emorragiche?

NO SI

se SI indicare quali

È stato/a ricoverato/a in ospedale?

NO SI

se SI indicare i motivi

Sono state modificate le altre terapie in corso?

NO SI

se SI indicare come

A cura del Medico presrittore

Sono comparsi eventi avversi rispetto al precedente controllo? NO SI

se SI indicare quali

Solo per NAO: Creatinina (mg/dL) VFG (mL/min) Altro:

Terapia confermata SI NO

Data prevista per il Follow up:

E' opportuno eseguire il follow-up ogni 6 -12 mesi in rapporto alle condizioni cliniche del paziente

Data di valutazione

Timbro e Firma del Medico