

Allegato 1. alla Nota AIFA 97

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

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione della terapia anticoagulante e del follow-up periodico (Specialista, Medico di Medicina Generale)

La scheda contiene un minimum data set di dati da raccogliere attraverso modalità decise dalle singole Regioni.

Sezione 1: scheda di valutazione e di prescrizione

Medico prescrittore:

specialista in

TEL:

U.O.

Az. Sanitaria

libero professionista

Paziente (nome e cognome):

sexso

Data di nascita:

Residenza:

Codice Fiscale:

Verificata la presenza delle seguenti condizioni:

A diagnosi clinica ed elettrocardiografica di FANV

B e C risultato del bilancio fra rischio trombo-embolico e rischio emorragico favorevole per:

Punteggio CHA2DS2-VASc

Rischio emorragico

Creatinina (mg/dL): , VFG: , Hb (g/dl)

D proposta di strategia terapeutica

AVK: Wafarin acenocumarolo target di INR:

dabigatran 150 mg x 2 /die 110 mg x 2/die

Motivare la riduzione della dose

apixaban 5 mg x 2 /die 2.5 mg x 2/die

Motivare la riduzione della dose

edoxaban 60 mg /die 30 mg /die

Motivare la riduzione della dose

rivaroxaban 20 mg /die 15 mg /die

Motivare la riduzione della dose

Data prevista per il Follow up:

La validita' della prima prescrizione e' al massimo di 6 mesi.

Data di valutazione:

Timbro e Firma del Medico

Sezione 2: scheda di follow-up

Medico prescrittore

TEL:

specialista in

Paziente (nome e cognome)

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 prescrittore

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:

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

Data di valutazione

Timbro e Firma del Medico