PROVA PRATICA N. 2

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

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 BIANCHI LUCA Tel 0547/395521 specialista in: MMG

☐ U.O. _____ ☐ Az. Sanitaria ROMAGNA ☐ libero professionista

Paziente (nome e cognome) ROSSI ANDREA Sesso: ☒ M ☐ F

Data di Nascita 12/06/45 Residenza CESENA Codice Fiscale _____

Verificata la presenza delle seguenti condizioni:

A diagnosi clinica e elettrocardiografica di FANV ☐

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

Punteggio CHA2DS2-VASc 3

Rischio emorragico IPERTENSIONE ARTERIOSA NON CONTROLLATA
Indicare eventuali fattori di rischio presenti

Creatinina (mg/dL) >1,5 MG/DL VFG (mL/min) 20 ML/MIN Hb (g/dL) 11,5

D proposta di strategia terapeutica

☐ AVK: ☐ Warfarin ☐ 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 validità della prima prescrizione è al massimo di 6 mesi.

Data di valutazione 20/07/2020

Timbro e Firma del Medico