

# Allegato I. alla Nota AIFA 97

o V° \ ) \ ° # 7 †V †M

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 \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ specialista in: \_\_\_\_\_

U.O. \_\_\_\_\_  Az. Sanitaria \_\_\_\_\_  libero professionista

Paziente (nome e cognome) \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F

Data di Nascita \_\_\_\_\_ Residenza \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

Rischio emorragico \_\_\_\_\_  
Indicare eventuali fattori di rischio presenti

Creatinina (mg/dL) \_\_\_\_\_ VFG (mL/min) \_\_\_\_\_ Hb (g/dL) \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico

## Sezione 2: scheda di follow-up

Medico prescrittore \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ specialista in: \_\_\_\_\_

Paziente (nome e cognome) \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F

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  SÌ \_\_\_\_\_  
se sì indicare quali

È stato/a ricoverato/a in ospedale?  NO  SÌ \_\_\_\_\_  
se sì indicare i motivi

Sono state modificate la altre terapie in corso?  NO  SÌ \_\_\_\_\_  
se sì indicare come

### A cura del Medico prescrittore

Sono comparsi eventi avversi rispetto al precedente controllo?  NO  SÌ \_\_\_\_\_  
se sì indicare quali

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

Terapia confermata  SÌ  NO \_\_\_\_\_  
Indicare le modifiche

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  
\_\_\_\_\_