

Allegato 1c. alla Nota AIFA 101

**Scheda di valutazione e prescrizione della terapia anticoagulante orale con AVK e NAO/DOAC nella profilassi e nel trattamento della trombosi venosa profonda (TVP) e dell'embolia polmonare (EP) e prevenzione delle recidive di EP e TVP
DALLA NASCITA A 18 ANNI**

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

Scheda di valutazione e prescrizione della fase iniziale e della fase di prevenzione a lungo termine

Medico prescrittore _____ Tel _____ specialista in: _____

U.O. _____ Az. Sanitaria _____ libero professionista

Paziente (nome e cognome) _____ Sesso: M F

Data di Nascita _____ Residenza _____ Codice Fiscale _____

Valutazione

diagnosi di TVP confermata da ecocolordoppler terapia TVP terapia post-dimissione di EP
 prevenzione delle recidive di TVP e EP fase iniziale fase di prevenzione a lungo termine

Valutazione del rischio del trattamento con anticoagulanti orali

Controindicazioni al trattamento con anticoagulanti orali: Sì No

Rischio emorragico: basso intermedio alto; neoplasia in fase attiva sì no

Sede della TVP:

arti inferiore, distale arti inferiori, prossimale arti superiori altro _____

Rischio di ricorrenza:

basso intermedio alto

Funzionalità epatica: Child-Pugh A B C

Funzionalità renale: creatinina _____ mg/dl VFG: _____ ml/min

Tattamento precedente con altri anticoagulanti:

eparina non frazionata EBPM fondaparinux warfarin acenocumarolo

dabigatran apixaban edoxaban rivaroxaban

motivare le ragioni del cambio terapeutico

Follow-up anamnestico rispetto al precedente controllo

(da compilare solo in occasione delle prescrizioni successive alla prima)

L'assunzione del farmaco è stata: regolare irregolare _____

Sono comparse manifestazioni emorragiche? NO Sì _____
motivare le ragioni dell'uso irregolare

Sono state eseguite trasfusioni? NO Sì _____
se si indicare quali

Si è manifestato un nuovo episodio di TVP? NO Sì o di EP? NO Sì



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

Sono state modificate le altre terapie in corso? NO SÌ _____
se sì indicare come

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

È stata necessaria una modifica della dose? NO SÌ _____
se sì indicare i motivi

Strategia terapeutica iniziale e a lungo termine

Prima valutazione Rivalutazione e prosecuzione terapia (compilare le domande di follow-up)

Farmaco e dose richiesta

Rivaroxaban (dopo almeno 5 giorni di anticoagulante parenterale)

Dose prescritta: _____

Indicare la dose, il numero di somministrazioni giornaliere e la formulazione scelta per il dosaggio stabilito

Per la dose corrispondente al peso e alla fascia di età fare riferimento alle tabelle presenti nell'RCP

Dabigatran (dopo almeno 5 giorni di anticoagulante parenterale)

Dose prescritta: _____

Indicare la dose, il numero di somministrazioni giornaliere, la formulazione scelta e l'eventuale combinazione di compresse necessarie per ottenere il dosaggio stabilito

Per la dose corrispondente al peso e alle fasce di età fare riferimento alle tabelle presenti nell'RCP

Durata prevista del trattamento

1 mese[#] 3 mesi 6 mesi 9 mesi 12 mesi

_____ Motivare la scelta della durata

Nei bambini e negli adolescenti la durata del trattamento deve essere di almeno 3 mesi e, quando clinicamente necessario, può essere estesa fino a un massimo di 12 mesi (vedi rispettivi RCP par. 4.2).

[#]Nei bambini di età inferiore a 2 anni con trombosi correlata al catetere la terapia deve essere proseguita per almeno 1 mese ed estesa fino a un massimo di 3 mesi quando clinicamente necessario. Il rapporto beneficio rischio della prosecuzione della terapia dopo 1 mese deve essere valutato su base individuale tenendo conto del rischio di recidiva di trombosi rispetto al potenziale rischio di sanguinamento (vedi rispettivi RCP par. 4.2).

Data prevista per il Follow up: _____

La validità della prescrizione è al massimo di 3 mesi

Data di valutazione _____

Timbro e Firma del Medico _____

