**Allegato 2**

Scheda regionale per la prescrizione di Eparine a Basso Peso Molecolare –EBPM
**Trattamento del tromboembolismo nella sospensione degli anti-vitamina K (AVK) per manovre chirurgiche e/o invasive –bridging. (L.648/96)**

**Struttura Sanitaria**

_____
Timbro centro prescrittore

***Anagrafica paziente***

Nome _____Cognome_____

C.f. | | | | | | | | | | | | | | | | |

Domicilio_____Indirizzo_____

Regione di residenza dell'Assistito_____Azienda USL _____

***Indicazioni terapeutiche***

Trattamento del tromboembolismo nella sospensione degli anti-vitamina K (AVK) per manovre chirurgiche e/o invasive (bridging).

1) Pazienti a rischio di tromboembolismo:

☐ basso *

☐ moderato

☐ elevato

2) Pazienti portatori di valvole meccaniche con INR<1,5

* *sono esclusi pazienti sottoposti a procedure con minimo rischio di sanguinamento (procedure dermatologiche minori come escissione di tumori basali e squamosi, cheratosi attiniche e nevi, cataratta con anestesia topica (non retrobulbare), avulsioni dentarie semplici, igiene dentaria (detartrasi), biopsie ossee).*

***Validità della scheda regionale per la prescrizione delle EBPM***

Numero giorni di trattamento ☐ *fino a 10 giorni, dosaggi profilattici o terapeutici di EBPM a seconda del rischio tromboembolico. Rischio basso moderato: dosaggio profilattico; rischio elevato: dosaggio sub-terapeutico (70 % della dose terapeutica).*

***EBPM:***

| **Farmaco prescritto** | **Dosaggio** | **Quantità** | **Durata trattamento in settimane** |
|---|---|---|---|
| **Nadroparina** | | | |
| **Enoxaparina** | | | |
| **Parnaparina** | | | |
| **Tinzaparina** | | | |

Medico Prescrittore _____ Firma e timbro del medico prescrittore

Data

_____

Copia