



Scheda regionale per la prescrizione di Eparine a Basso Peso Molecolare –EBPM nella  
**Profilassi della TVP in pazienti oncologici ambulatoriali a rischio**  
**(Score di KHORANA  $\geq 3$ ) (L.648/96)**

**Struttura Sanitaria**

\_\_\_\_\_  
 Timbro centro prescrittore

**Anagrafica paziente**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

C.f. 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Domicilio \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Regione di residenza dell'assistito \_\_\_\_\_ Azienda USL \_\_\_\_\_

**Score di KHORANA**

Sito della Neoplasia:	
<input type="checkbox"/> Rischio molto elevato (stomaco, pancreas)	+ 2
<input type="checkbox"/> Rischio elevato (polmone, linfoma, neoplasia ginecologiche, vescica, testicolo)	+ 1
<input type="radio"/> Conta piastrinica pre-chemioterapia $\geq 350.000/mm^3$	+ 1
<input type="radio"/> Emoglobina $<10$ g/dl o uso di fattori di crescita per globuli rossi	+ 1
<input type="radio"/> Conta leucocitaria pre-chemioterapia $>11.000/mm^3$	+ 1
<input type="radio"/> Indice massa corporea $\geq 35$	+ 1
<input type="checkbox"/> <b>1 – 2 Rischio Intermedio</b>	<input type="checkbox"/> <b><math>\geq 3</math> Rischio Alto</b>

**EBPM:**

Principio Attivo prescritto	Dosaggio	Posologia	Durata trattamento in settimane

Medico Prescrittore <sup>1</sup> _____  Data _____	Firma e timbro del medico prescrittore
--	---

<sup>1</sup> Oncologo o Ematologo: I dati identificativi devono essere tali da permettere eventuali tempestive comunicazioni