

ALLEGATO C

SCHEMA DI RACCORDO ANAMNESTICO PER PAZIENTI IN TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

e residente a _____ in via _____ n. _____

1	Ha cambiato qualche farmaco della sua abituale terapia? Se si specificare farmaci introdotti o sospesi _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2	Non è stato bene?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3	Ha avuto perdite di sangue?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4	Ha notato la comparsa di ematomi?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5	È caduto?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
6	Ha avuto lesioni che hanno richiesto l'intervento del medico del PS?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
7	Ha avuto ricoveri o visite specialistiche? Se si specificare quali _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
8	Ha intrapreso regimi diabetici particolari (per colesterolo, trigliceridi o glicemia)? Se si specificare quali _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
9	Deve eseguire indagini endoscopiche?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
10	De effettuare interventi chirurgici ambulatoriali o estrazioni dentarie? Se si specificare quando _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Altro _____

Data _____

Firma assistito
(per esteso e leggibile)

Firma del professionista sanitario
(per esteso e leggibile)