

## Allegato 3 Check List del rischio tromboembolismo e monitoraggio

Allegato 4 Check List del rischio tromboembolismo e monitoraggio

N.B. L'uso della scheda non sostituisce la valutazione clinica e la lettura della Linea Guida

UOC \_\_\_\_\_ N° SDO \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ricovero per:

• Trauma maggiore (ad es. fratture che causino immobilità)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
• Chirurgia maggiore (ad es. di durata > 30 min )	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
• Acuzie (probabilità di rimanere immobilizzati a letto per più di 3 giorni)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

Fattori di rischio aggiuntivi:

• Obesità grave (BMI > 30) BMI _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
• Presenza di vene varicose	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
• Pregressa tromboembolia venosa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
• Trombofilia congenita o acquisita	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Non sa <input type="checkbox"/>
• Neoplasia attiva	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
• Presenza di infezioni gravi, insufficienza cardiaca, infarto del miocardio recente, ictus recente, mal. infiam. Croniche dell'intestino, s. nefrosica, policitemia, paraproteiniemia, malattia di Bechet, emoglobinuria parossistica notturna, insufficienza respiratoria, abitudine al fumo, altro (specificare _____ )	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
• Assunzione di terapia ormonale estroprogestinica	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
• Gravidanza e puerperio	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
• Presenza di cateteri venosi centrali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
• Necessità di praticare anestesia generale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

Paziente a rischio: BASSO  MEDIO  ALTO

• Terapia antiaggregante/anticoagulante assunta dal paziente prima del ricovero	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
---	-----------------------------	-----------------------------	--

Farmaci assunti e dosaggio \_\_\_\_\_

MEDICO	Nome _____	Cognome _____	Firma _____
--------	------------	---------------	-------------

Profilassi:

• Mobilizzazione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
.....se si specificare _____			
• Calze elastiche a compressione graduata (CCG)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
• Compressione pneumatica intermittente (CPI)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
• Pompa venosa plantare (PVP)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
• Terapia farmacologica	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
.....se si specificare _____			
• Eventuale sospensione della terapia domiciliare	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Dal ____/____/____
MEDICO	Nome _____	Cognome _____	Firma _____ data _____

Modifiche 1)

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma Medico \_\_\_\_\_

2)

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma Medico \_\_\_\_\_

Si sono presentati effetti indesiderati?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se si specificare _____
--	-----------------------------	-----------------------------	-------------------------

Terapia alla dimissione \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_