



Schema Personale per la Terapia Anticoagulante Orale

Nome	ASSISTITOPROVA , BOLOGNA UNO		Data di Nascita	01/02/1975
Telefono			Fax	
e-mail				
Diagnosi Principale	EMBOLIA POLMONARE			
Piano Terapeutico dal	12/05/2025	al	TTR	
INR	3	Target INR	2,5 (2-3)	Prossimo Controllo 22/05/2025
Data	15/05/2025 09:56	Dose Sett.	30mg	

RIPARTIZIONE GIORNALIERA DEL FARMACO ANTICOAGULANTE

(Coumadin 5mg)

LUN					
MAR					
MER					
GIO	15 mag	UNA 			
VEN	16 mag	TRE quarti 			
SAB	17 mag	UNA 			
DOM	18 mag	TRE quarti 			
LUN	19 mag	TRE quarti 			
MAR	20 mag	UNA 			
MER	21 mag	TRE quarti 			
GIO	22 mag	CONTROLLO			
VEN					
SAB					
DOM					

Commenti commento al referto TAO	Dati relativi agli ultimi controlli
---	-------------------------------------

Medico **ROMAGNA MEDICOPROVA**

Dal precedente controllo ad oggi:	
1) Ha sempre goduto di buona salute (indicare anche piccoli disturbi)?*	SI / NO
2) E' stato ricoverato (allegare copia dimissioni)?*	SI / NO
3) Ha notato perdite di sangue (con le urine, le feci, ematomi o dal naso)?*	SI / NO
4) Le medicine che assume hanno subito variazioni (descrivere)?*	SI / NO
5) E' stato visitato dal medico di famiglia o altro specialista?*	SI / NO