



### Schema Personale per la Terapia Anticoagulante Orale

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

#### RIPARTIZIONE GIORNALIERA DEL FARMACO ANTICOAGULANTE

(Coumadin 5mg)

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

Commenti <b>commento al referto TAO</b>	Dati relativi agli ultimi controlli
	Medico <b>ROMAGNA MEDICOPROVA</b>

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