



### 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>1,25</b>	Target INR	<b>2,5 (2-3)</b>	Prossimo Controllo <b>27/06/2025</b>
Data	<b>13/06/2025 09:11</b>	Dose Sett.	<b>25mg</b>	

#### RIPARTIZIONE GIORNALIERA DEL FARMACO ANTICOAGULANTE

(Coumadin 5mg)

LUN			23 giu	TRE quarti		
MAR			24 giu	TRE quarti		
MER			25 giu	TRE quarti		
GIO			26 giu	MEZZA		
VEN	13 giu	TRE quarti	27 giu	CONTROLLO		
SAB	14 giu	TRE quarti				
DOM	15 giu	TRE quarti				
LUN	16 giu	TRE quarti				
MAR	17 giu	TRE quarti				
MER	18 giu	TRE quarti				
GIO	19 giu	MEZZA				
VEN	20 giu	TRE quarti				
SAB	21 giu	TRE quarti				
DOM	22 giu	TRE quarti				

Commenti <b>referto di test</b>	<b>Dati relativi agli ultimi controlli</b>			
	Data controllo	INR	Dose Sett.	Nome Centro
	<b>15/05/2025</b>	<b>3</b>	<b>30 mg</b>	<b>CENTRO DEMO TORINO 4</b>
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