



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

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