

MODULO 10	SCHEMA POSOLOGICO COUMADIN su PRESCRIZIONE MEDICA	Cod. ROG26/2.10 - Rev.02 del 30.06.2025
------------------	--	---

PAZIENTE: _____ ANNO: _____ N° prog. _____

M.M.G. DEL PAZIENTE: _____ DATA PRESCRIZIONE: _____

Indicazione alla TAO:	<input type="checkbox"/> Fibrillazione Atriale <input type="checkbox"/> Trombosi Venosa Profonda <input type="checkbox"/> Embolia Polmonare	<input type="checkbox"/> V. Mitralica Biologica <input type="checkbox"/> V. Mitralica Meccanica <input type="checkbox"/> Infarto Miocardico	<input type="checkbox"/> V. Aortica Biologica <input type="checkbox"/> V. Aortica Meccanica <input type="checkbox"/> Altro: _____
------------------------------	---	---	---

INR desiderato: _____

DATA INIZIO TERAPIA: _____ DURATA: DAL _____ AL _____

SCHEMA POSOLOGICO CUOMADIN

GIORNO	ORARIO						INR	DOSE	INR	DOSE	INR	DOSE	INR	DOSE	INR	DOSE
lunedì																
martedì																
mercoledì																
giovedì																
venerdì																
sabato																
domenica																
SETTIMANA 1								SETTIMANA 2		SETTIMANA 3		SETTIMANA 4		SETTIMANA 5		

DATA _____ Firma INFERMIERE: _____

NOTA: numerare progressivamente ogni scheda e archiviare le schede cronologicamente in un unico plico per ogni singolo anno.