

## Controllo Terapia Anticoagulante Orale

NOME:			
MOTIVO DELLA TERAPIA:			
FARMACO:			
INR DESIDERATO	<input type="checkbox"/> 2.0-3.0	<input type="checkbox"/> 2.5-3.5	<input type="checkbox"/> 3.0-4.0
NOTE:			

[illegible]