

rev. 0.1 2024

PAZIENTE:

Cognome _____ Nome _____ nato il _____

Reparto: _____ Tipologia intervento: _____

Programmato per il: _____

1. È mai stato diagnosticato un disordine emorragico a lei o a un suo familiare? Si No
2. Le è mai stata riscontrata un'anormalità dei test di laboratorio per la coagulazione o un'anemia inspiegata? Si No
3. Ha mai sofferto di un problema di sanguinamento: Si No
- in occasione di interventi chirurgici? Si No
 - Dopo estrazioni dentarie? Si No
 - Per traumi? Si No
 - Dopo il parto o per menorragia? Si No
 - Per ematomi patologici o per difficoltà alla guarigione delle ferite? Si No
4. Ha o ha avuto malattie del fegato o del rene, malattie del sangue o del midollo osseo, conte basse o alte delle piastrine? Si No
5. Assume aspirina, antiaggreganti piastrinici, antinfiammatori non steroidei, clopidogrel (Plavix), antagonisti della vitamina K (Coumadin, Sintrom), eparina, anticoagulanti diretti (Eliquis, Pradaxa, Xarelto)? Si No
6. Per le donne: ha (ha avuto) mestruazioni prolungate e abbondanti? Si No

Firma del paziente

Firma del Medico

Luogo e data _____

Se tutti "no": nessuna approfondimento ulteriore

Se "si": valutazione ed eventuali approfondimenti diagnostici supplementari a cura dell'esperto di emostasi e trombosi (richiedere consulenza, da programmare)