



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia
ASST Lariana

Centro delle Terapie Anticoagulanti

Centro accreditato FCSA n°171

Sede di Como – via Napoleona, 60 tel. 031 585 5396 fax 031 5855671

Sede di Cantù – via Domea, 4 tel. 031 799 340/301 fax 031 799429

Sede di Menaggio – via Casartelli, 11 tel. 0344 33225 fax 0344 33220

DIPARTIMENTO GESTIONALE DEI SERVIZI

Direttore: Dr.ssa Rosa Maria Muraca

Referente FCSA dr.ssa Giuseppina Serricchio

MODULO DI INSERIMENTO NUOVI PAZIENTI TAO

NOME E COGNOME

DATA DI NASCITA..... COD. FISCALE

N° TELEFONO N° CELLULARE

N° FAX

N° TELEFONO DI UN PARENTE.....Relazione.....

N° CELLULARE DI UN PARENTE..... Relazione.....

MEDICO CURANTE TEL.

PATOLOGIA PER CUI HA INIZIATO LA TAO

.....

ALTRE PATOLOGIE CONCOMITANTI:

.....

.....

.....

DATA INIZIO TERAPIA

DATA FINE TERAPIA

Segue ⇒

☐ COUMADIN 5 mg.

FARMACO ANTICOAGULANTE:

☐ SINTROM 4 mg.

☐ SINTROM 1 mg.

INTERVALLO TERAPEUTICO

☐ 2-3

☐ 2.5-3.5

☐ altro ☐

ALTRI FARMACI UTILIZZATI

.....
.....
.....
.....

RISULTATO I.N.R. E DOSAGGIO TERAPEUTICO DEGLI ULTIMI 3 CONTROLLI:

DATA..... INR DOSAGGIO.....

DATA..... INR DOSAGGIO

DATA..... INR DOSAGGIO

Timbro e firma del Medico Curante
per consenso al monitoraggio

DATA.....

N.B. Il medico curante dovrà compilare: **impegnativa per prima visita tao Cod. Reg.89.7**
impegnativa per 4 INR Cod.Reg. 90.75.4 e
impegnativa per 4 monitoraggio TAO
Cod.Reg.89.01

IL PRESENTE MODULO VA RESTITUITO COMPILATO IN OGNI SUA PARTE.