

**Scheda di valutazione e prescrizione della terapia anticoagulante orale con AVK e NAO/DOAC nella profilassi e nel trattamento della trombosi venosa profonda (TVP) e dell'embolia polmonare (EP) e prevenzione delle recidive di EP e TVP nell'ADULTO**

*Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione del trattamento e del follow-up periodico (Specialista SSN, Medico di Medicina Generale).*

**Scheda di valutazione e prescrizione della fase iniziale e della fase di prevenzione a lungo termine**

Medico prescrittore \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ specialista in: \_\_\_\_\_

U.O. \_\_\_\_\_  Az. Sanitaria \_\_\_\_\_  libero professionista

Paziente (nome e cognome) \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F

Data di Nascita \_\_\_\_\_ Residenza \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**Valutazione**

diagnosi di TVP confermata da ecocolorDoppler  terapia TVP  terapia post-dimissione di EP  
 prevenzione delle recidive di TVP e EP  fase iniziale  fase di prevenzione a lungo termine

**Valutazione del rischio del trattamento con anticoagulanti orali**

Controindicazioni al trattamento con anticoagulanti orali:  Sì<sup>°°</sup>  No

Rischio emorragico:  basso  intermedio  alto; neoplasia in fase attiva  sì  no

<sup>°°</sup> in presenza di una condizione in cui il trattamento anticoagulante orale è fortemente sconsigliato, in caso di gravidanza e nella fascia di età pediatrica il paziente deve essere gestito in ambiente specialistico.

**Sede della TVP:**

arti inferiore, distale  arti inferiori, prossimale  arti superiori  altro \_\_\_\_\_

**Rischio di ricorrenza:**

basso  intermedio  alto

Funzionalità epatica: Child-Pugh  A  B  C

Funzionalità renale: creatinina \_\_\_\_\_ mg/dl VFG: \_\_\_\_\_ ml/min

Gravidanza  NO  Sì

Trattamento precedente con altri anticoagulanti:

eparina non frazionata  EBPM  fondaparinux  warfarin  acenocumarolo

dabigatran  apixaban  edoxaban  rivaroxaban

Trattamento concomitante con:   $\geq 1$  antiaggregante

motivare le ragioni del cambio terapeutico

**Follow-up anamnestico rispetto al precedente controllo**

(da compilare solo in occasione del controllo al 3° mese)

L'assunzione del farmaco è stata:  regolare  irregolare \_\_\_\_\_

motivare le ragioni dell'uso irregolare

Sono comparse manifestazioni emorragiche?  NO  Sì \_\_\_\_\_

se si indicare quali

Sono state eseguite trasfusioni?  NO  SÌ \_\_\_\_\_

Si è manifestato un nuovo episodio di TVP?  NO  SÌ o di EP?  NO  SÌ

È stato/a ricoverato/a in ospedale?  NO  SÌ \_\_\_\_\_

Sono state modificate le altre terapie in corso?  NO  SÌ \_\_\_\_\_  
se si indicare i motivi

Sono comparsi eventi avversi rispetto al precedente controllo?  NO  SÌ \_\_\_\_\_  
se si indicare come

È stata necessaria una modifica della dose?  NO  SÌ \_\_\_\_\_  
se si indicare quali

\_\_\_\_\_ se si indicare i motivi

## Strategia terapeutica fase iniziale e a lungo termine

(selezionare farmaco e posologia)

Prima valutazione  Rivalutazione e prosecuzione terapia (in tal caso compilare le domande di follow-up)

Nella popolazione adulta la durata della fase iniziale è mediamente di 5-21 giorni. La durata della fase a lungo termine è di 3 mesi estendibile a 6 mesi. Nei pazienti con cancro attivo la fase a lungo termine dovrebbe durare sempre 6 mesi. La durata del trattamento nel singolo paziente deve comunque essere personalizzata dopo una valutazione dei benefici del trattamento in rapporto alla presenza di rischi predisponenti transitori o permanenti e rispetto al rischio di sanguinamento (Vedasi RCP del singolo farmaco paragrafo 4.2 e 4.4).

### Farmaco e dose richiesta

Warfarin a dosaggi terapeutici per INR target 2-3 (dopo 5-7 giorni di anticoagulante parenterale)  
per  3 mesi  6 mesi

Acenocumarolo a dosaggi terapeutici per INR target 2-3 (dopo 5-7 giorni di anticoagulante parenterale)  
per  3 mesi  6 mesi

Apixaban  10 mg 2 volte al dì fino al \_\_\_\_\_  
(dal giorno 1 al giorno 7)  
 5 mg 2 volte al dì dal \_\_\_\_\_ per  3 mesi  6 mesi  
(a partire dal giorno 8)

Rivaroxaban  15 mg 2 volte al dì fino al \_\_\_\_\_  
(dal giorno 1 al giorno 21)  
 20 mg 1 volta al dì dal \_\_\_\_\_ per  3 mesi  6 mesi  
(a partire dal giorno 22)  
 15 mg<sup>#</sup> 1 volta al dì dal \_\_\_\_\_ per  3 mesi  6 mesi  
(a partire dal giorno 22)

Dabigatran dopo almeno 5 giorni di anticoagulante parenterale  
 150 mg 2 volte al dì per  3 mesi  6 mesi  
 110 mg<sup>#</sup> 2 volte al dì per  3 mesi  6 mesi

Edoxaban dopo almeno 5 giorni di anticoagulante parenterale  
 60 mg 1 volta al dì per  3 mesi  6 mesi  
 30 mg<sup>#</sup> 1 volta al dì per  3 mesi  6 mesi

#Motivare la variazione della dose

Data prevista per il Follow up: \_\_\_\_\_

La validità della prescrizione è al massimo di 3 mesi

Data di valutazione \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico  
\_\_\_\_\_