

**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  
DALLA NASCITA A 18 ANNI**

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  No

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

**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

Trattamento precedente con altri anticoagulanti:

eparina non frazionata  EBPM  fondaparinux  warfarin  acenocumarolo

dabigatran  apixaban  edoxaban  rivaroxaban

motivare le ragioni del cambio terapeutico

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

(da compilare solo in occasione delle prescrizioni successive alla prima)

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

motivare le ragioni dell'uso irregolare

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

se sì 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 \_\_\_\_\_

se sì indicare i motivi

Sono state modificate le altre terapie in corso?  NO  SÌ \_\_\_\_\_

se sì indicare come

Sono comparsi eventi avversi rispetto al precedente controllo?  NO  SÌ \_\_\_\_\_

se sì indicare quali

È stata necessaria una modifica della dose?  NO  SÌ \_\_\_\_\_

se sì indicare i motivi

### Strategia terapeutica iniziale e a lungo termine

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

### Farmaco e dose richiesta

**Rivaroxaban** (dopo almeno 5 giorni di anticoagulante parenterale)

Dose prescritta: \_\_\_\_\_

Indicare la dose, il numero di somministrazioni giornaliere e la formulazione scelta per il dosaggio stabilito

Per la dose corrispondente al peso e alla fascia di età fare riferimento alle tabelle presenti nell'RCP

**Dabigatran** (dopo almeno 5 giorni di anticoagulante parenterale)

Dose prescritta: \_\_\_\_\_

Indicare la dose, il numero di somministrazioni giornaliere, la formulazione scelta e l'eventuale combinazione di compresse necessarie per ottenere il dosaggio stabilito

Per la dose corrispondente al peso e alle fasce di età fare riferimento alle tabelle presenti nell'RCP

### Durata prevista del trattamento

1 mese<sup>#</sup>  3 mesi  6 mesi  9 mesi  12 mesi

Motivare la scelta della durata

Nei bambini e negli adolescenti la durata del trattamento deve essere di almeno 3 mesi e, quando clinicamente necessario, può essere estesa fino a un massimo di 12 mesi (vedi rispettivi RCP par. 4.2).

<sup>#</sup>Nei bambini di età inferiore a 2 anni con trombosi correlata al catetere la terapia deve essere proseguita per almeno 1 mese ed estesa fino a un massimo di 3 mesi quando clinicamente necessario. Il rapporto beneficio rischio della prosecuzione della terapia dopo 1 mese deve essere valutato su base individuale tenendo conto del rischio di recidiva di trombosi rispetto al potenziale rischio di sanguinamento (vedi rispettivi RCP par. 4.2).

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

La validità della prescrizione è al massimo di 3 mesi

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

Timbro e Firma del Medico

\_\_\_\_\_