

	<b>UOC Laboratorio</b> <b>Direttore: Dott. Stefano Grandesso</b>	Data	Gennaio 2023
			0
		Revisione n.	triennale
		Cadenza revisione	Gennaio 2026
		Data revisione	Gennaio 2023
		n° 1 di tot. pagine	1
<b>QUESTIONARIO PER GLI UTENTI IN          TERAPIA ANTICOAGULANTE</b>			

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Data del prelievo \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Gentile Utente la invitiamo a compilare il seguente questionario il giorno del prelievo poichè è essenziale che il medico che si occupa di impostare la terapia sia informato riguardo ad alcuni dati che possono influire sui valori dell'INR.

Ha modificato la sua dieta abituale?	SI	NO
Ha sospeso la terapia anticoagulante orale sostituendola con EPARINA?	SI	NO
Ha sospeso o introdotto nuovi farmaci negli ultimi 15 giorni? ( es.Antibiotici, antiinfiammatori, integratori alimentari). Se SI specificare:	SI	NO
Nome farmaco _____ Posologia _____ Data di assunzione: ___/___/___		
Nome farmaco _____ Posologia _____ Data di assunzione: ___/___/___		
Nome farmaco _____ Posologia _____ Data di assunzione: ___/___/___		
Nome farmaco _____ Posologia _____ Data di assunzione: ___/___/___		
Ha avuto episodi di sanguinamento (ad esempio dal naso, dalle gengive, con le urine)? Se SI specificare:..... .....	SI	NO