

| | | | |
|-------------------------------|---|------------------|---------|
| Ospedale Sacra Famiglia | SCHEDA D'ISCRIZIONE PAZIENTE IN TAO | Cod.Mod.I0352.03 | Rev.2 |
| Erba | | Data: 17/03/2022 | |
| Servizio di Patologia Clinica | | Da pag.1 | A pag.1 |

SCHEDA D'ISCRIZIONE PAZIENTE IN TAO (Terapia Anticoagulante Orale)

E CONSENSO INFORMATO

Se ricoverato: Reparto _____ Letto n° _____

COGNOME _____ NOME _____

SESSO: M F DATA DI NASCITA: _____ LUOGO DI NASCITA _____

C.F.: _____

INDIRIZZO: VIA _____ N° _____

CITTÀ: _____ PROV: _____ CAP: _____

TELEFONO: _____ Cellulare: _____

E-mail: _____ (Autorizzo Non Autorizzo all' invio della Terapia via mail)

Nome e Cognome **Referente:**

Tipo di parentela:

Telefono/Cellulare referente:

DIAGNOSI PRICIPALE: _____

DIAGNOSI SECONDARIE: _____

TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE:

FARMACO _____ mg _____ RANGE (INR): - ULTIMO INR IN DATA _____

TRASCRIVERE POSOLOGIA GIORNALIERA CON LA DATA SOPRA

| Giorno | LUN | MAR | MER | GIO | VEN | SAB | DOM |
|----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Data | | | | | | | |
| Quantità | | | | | | | |

INIZIO TERAPIA _____ DURATA _____ FINE TERAPIA _____

FARMACI ASSOCIATI:

MEDICO CURANTE: Dr. _____

Preso visione dell'informativa sulla Privacy (D.Lgs.n. 196/2003 art.13)

[] autorizzo [] non autorizzo il trattamento dei miei dati personali

Per consenso informato:

Firma Paziente _____

Data

| | | | |
|-------------------------------|---|------------------|---------|
| Ospedale Sacra Famiglia | SCHEDA D'ISCRIZIONE PAZIENTE IN TAO | Cod.Mod.IO352.03 | Rev.2 |
| Erba | | Data: 17/03/2022 | |
| Servizio di Patologia Clinica | | Da pag.1 | A pag.1 |

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto nel corso del colloquio con il Medico/Infermiera informazioni dettagliate e chiare riguardo la terapia anticoagulante orale con Coumadin e/o Sintrom e di accettare il suddetto trattamento.

Firma Paziente_____

Firma Medico Centro TAO_____