



**VALUTAZIONE DEL RISCHIO
TROMBOEMBOLICO NEI PAZIENTI
SOTTOPOSTI AD INTERVENTI
CHIRURGICI**

PDT/TEV/M1
Rev. 0 del
21/06/2012

Reparto _____ Cartella n°: _____ / _____

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita ____/____/____

Intervento di _____

FATTORI DI RISCHIO	PUNTEGGIO	SCORE DEL PAZIENTE	FATTORI DI RISCHIO	PUNTEGGIO	SCORE DEL PAZIENTE
Età 41-60 aa	1		Paralisi da trauma spinale acuto (< 1 mese)	5	
Età 61-74 aa	2		Infarto miocardio acuto	1	
Età >75 aa	3		Cardiopatia scompensata (<1 mese)	1	
Anamnesi personale positiva per TVP/EP	3		Stroke (< 1 mese)	5	
Anamnesi familiare positiva per TVP/EP	3		Malattia polmonare (< 1 mese)	1	
Vene varicose	1		Storia di malattie infiammatorie intestinali	1	
Edemi alle gambe (presenti)	1		Sepsi (< 1 mese)	1	
Obesità (BMI>25)	1		Tumore (presente o precedente)	2	
Precedente intervento chirurgico maggiore (< 1 mese)	1		Catetere venoso centrale	2	
Chirurgia minore programmata	1		Terapia contraccettiva orale o terapia ormonale	1	
Chirurgia Laparoscopica (>45min) o Chirurgia Maggiore (>45min)	2		Storia di nascita di feto morto Aborto ricorrente (≥3) Nascita di feto prematuro	1	
Chirurgia artroscopia del ginocchio	3		Positività del FV Leiden	3	
Protesi anca o ginocchio	5		Positività del FII (20210A)	3	
Politrauma (<1 mese)	5		Positività del Lupus anticogulant	3	
Frattura anca, pelvi o gamba	5		Trombocitopenia da eparina	3	
Apparecchio gessato arti inferiori sotto il ginocchio (<1 mese)	3		Altra trombofilia congenita o acquisita	3	
Paziente allettato < 72 ore	1		Rialzo della omocisteina (>20 microml/L)	3	
Paziente allettato >72 ore	2				

SCORE	LIVELLO DI RISCHIO	SCORE TOTALE DEL PAZIENTE	REGIME DI PROFILASSI	DURATA DELLA PROFILASSI
0	MOLTO BASSO		Deambulazione precoce	
1-2	BASSO		Profilassi meccanica	
3-4	MODERATO		Profilassi farmacologica (preferibilmente) o Profilassi meccanica	
≥5	ALTO		Profilassi farmacologia e Profilassi meccanica	

Presenza di controindicazioni alla profilassi farmacologia o meccanica

Data: ____/____/____ Firma e timbro del Medico: _____

Data: ____/____/____ Firma del paziente: _____