

PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____ nato il _____

Reparto _____ Tipologia intervento: _____

Programmato per il: _____

1. È mai stato diagnosticato un disordine emorragico a lei o a un suo familiare? Sì No
2. Le è mai stata riscontrata un'anormalità dei test di laboratorio per la coagulazione o un'anemia inspiegata? Sì No
3. Ha mai sofferto di un problema di sanguinamento?
- In occasione di interventi chirurgici Sì No
- Dopo estrazioni dentarie Sì No
- Per traumi Sì No
- Dopo il parto Sì No
- Per ematomi patologici o per difficoltà alla guarigione delle ferite? Sì No
4. Ha o ha avuto malattie del fegato o del rene, malattie del sangue o del midollo osseo, conte basse o alte delle piastrine? Sì No
5. Assume aspirina, antiaggreganti piastrinici (es. Plavix), antinfiammatori non steroidei, antagonisti della vitamina K (Coumadin, Sintrom), eparina, anticoagulanti orali diretti (Eliquis, Pradaxa, Xarelto, Lixiana)? Sì No
6. Per le donne: ha (ha avuto) mestruazioni prolungate e abbondanti? Sì No

Se tutti "no": nessuna approfondimento ulteriore,

Se "sì", in presenza di anamnesi positiva per rischio emorragico, valutare se richiedere eventuali ulteriori approfondimenti diagnostici o richiedere/programmare una consulenza ematologica con un medico esperto di emostasi e trombosi.

Luogo e data _____

Firma del paziente

Firma del medico
