

SCHEMA PERSONALE PER LA TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE

NOME E COGNOME

DATA DI NASCITA

DIAGNOSI PRINCIPALE

DATA INIZIO TERAPIA

INR

DOSAGGIO SETTIMANALE

PROSSIMO CONTROLLO

RIPARTIZIONE GIORNALIERA DI ANTICOAGULANTE xy

	DATA	DOSAGGIO
LUNEDÌ		
MARTEDÌ		
MERCOLEDÌ		
GIOVEDÌ		
VENERDÌ		
SABATO		
DOMENICA		

COMMENTI

.....

.....

.....

DATI RELATIVI AGLI ULTIMI CONTROLLI

ANAMNESI INFERMIERISTICA:
Dal precedente controllo ad oggi:

- Ha assunto regolarmente l'anticoagulante ?
- Ha avuto nuove malattie?
- Ha avuto emorragie?
- Ha sospeso o iniziato nuovi farmaci?
- Oltre all'anticoagulante, ha assunto altri farmaci in questo periodo? Quali?