**CENTRO SORVEGLIANZA ANTICOAGULATI – ERBA N° 136**
**Ospedale "Sacra Famiglia"- Laboratorio Analisi-Via F.B.F. 20 22036 Erba (Co)**
**Tel. 031 638 265 Fax 031 638 263**
***NB: SI PREGA COMPILARE IN TUTTE LE PARTI***

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

*Se ricoverato:* Reparto.....Letto n°.....

COGNOME.....NOME.....

SESSO: M F DATA DI NASCITA: / / LUOGO DI NASCITA.....

**C.F. :**

INDIRIZZO: VIA.....N°.....

CITTA': PROV: CAP:
TELEFONO: Cellulare:

E-mail: (Autorizzo□Non Autorizzo□ invio 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*
Data: / / / / / /
Lun.....Cp Mart.....CpMerc.....CpGiov.....CpVen.....CpSab.....CpDom.....Cp

INIZIO TERAPIA: / / / DURATA FINE TERAPIA: / /
FARMACI ASSOCIATI:
-
-
MEDICO CURANTE: DR.....

Presa visione dell'informativa sulla Privacy (D.Lgs.n. 196/2003 art.13)
[ ] autorizzo [ ] non autorizzo il trattamento dei miei dati personali
Per consenso informato: Per conoscenza: