



MNACRL43B14G557M

LABORATORIO ANALISI - Direttore ff B. Distasi
Ambulatorio Terapia Anticoagulante Centro FCSA 332
Tel. 0523-302275 (ORE 8-15) Fax. 0523-302484

SCHEDA PERSONALE PER IL DOSAGGIO DELLA TERAPIA ANTICOAGULANTE

Inizio **22/05/2023**
Diagnosi **Fibrillazione atriale con evento embolico cerebrale**
Range **2.00 - 3.00**
Dose **13.75 mg**
INR:**2.90**

Paz: **MAINI CARLO**
Data nascita: **14/02/1943**
Controllo del: **03/07/2023**

Prossimo controllo: **24/07/2023**

Telefono: **MAIL**

Cellulare: **MAIL**

Farmaco: **Coumadin 5 mg**

LUN	3 LUG	Un quarto	LUN	10 LUG	Mezza	LUN	17 LUG	Mezza
MAR	4 LUG	Un quarto	MAR	11 LUG	Un quarto	MAR	18 LUG	Un quarto
MER	5 LUG	Mezza	MER	12 LUG	Mezza	MER	19 LUG	Mezza
GIO	6 LUG	Un quarto	GIO	13 LUG	Un quarto	GIO	20 LUG	Un quarto
VEN	7 LUG	Mezza	VEN	14 LUG	Mezza	VEN	21 LUG	Mezza
SAB	8 LUG	Un quarto	SAB	15 LUG	Un quarto	SAB	22 LUG	Un quarto
DOM	9 LUG	Mezza	DOM	16 LUG	Mezza	DOM	23 LUG	Mezza

Data	INR	Farmaco	mg set.	Da compilarsi da parte del paziente	
19/06/23	1.95	COU5	13.75	1. HA ASSUNTO REGOLARMENTE L'ANTICOAGULANTE?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
05/06/23	2.66	COU5	12.50	2. HA AVUTO NUOVE MALATTIE?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
29/05/23	4.53	COU5	12.50	3. HA AVUTO EMORRAGIE?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
22/05/23	3.71	COU5	13.75	4. HA SOSPESO O INIZIATO NUOVI FARMACI? SE SI', QUALI?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

COMUNICAZIONI:

DATA : **03/07/2023**

IL MEDICO* : **V. Herasimchyk**