

Allegato 1b. alla Nota AIFA 101

Scheda di valutazione e prescrizione della terapia anticoagulante orale con AVK e NAO/DOAC nella profilassi e nel trattamento della trombosi venosa profonda (TVP) e dell'embolia polmonare (EP) e prevenzione delle recidive di EP e TVP nell'ADULTO

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione del trattamento e del follow-up periodico (Specialista SSN, Medico di Medicina Generale).

Scheda di valutazione e prescrizione della fase di estensione e follow-up

Medico prescrittore _____ Tel _____ specialista in: _____

U.O. _____ Az. Sanitaria _____ libero professionista

Paziente (nome e cognome) _____ Sesso: M F

Data di Nascita _____ Residenza _____ Codice Fiscale _____

Valutazione

prevenzione delle recidive di TVP e EP
 fase di estensione dopo _____ mesi di trattamento

Valutazione del rischio del trattamento con anticoagulanti orali

Controindicazioni al trattamento con anticoagulanti orali: Sì °° No

Rischio emorragico: basso intermedio alto; neoplasia in fase attiva sì no

°° in presenza di una condizione in cui il trattamento anticoagulante orale è fortemente sconsigliato, in caso di gravidanza e nella fascia di età pediatrica il paziente deve essere gestito in ambiente specialistico.

Sede della TVP:

arti inferiore, distale arti inferiori, prossimale arti superiori altro _____

Rischio di ricorrenza:

basso intermedio alto

Funzionalità epatica: Child-Pugh A B C

Funzionalità renale: creatinina _____ mg/dl VFG: _____ ml/min

Gravidanza NO Sì

Trattamento precedente con altri anticoagulanti:

eparina non frazionata EBPM fondaparinux warfarin acenocumarolo

dabigatran apixaban edoxaban rivaroxaban

Trattamento concomitante con: ≥1 antiaggregante

motivare le ragioni del cambio terapeutico

Follow-up anamnestico rispetto al precedente controllo

L'assunzione del farmaco è stata: regolare irregolare _____

motivare le ragioni dell'uso irregolare

Sono comparse manifestazioni emorragiche? NO Sì _____

se sì indicare quali

Sono state eseguite trasfusioni? NO Sì _____

Si è manifestato un nuovo episodio di TVP? NO Sì o di EP? NO Sì

È stato/a ricoverato/a in ospedale? NO Sì _____

se sì indicare i motivi

Sono state modificate le altre terapie in corso? NO Sì _____

se sì indicare come

Sono comparsi eventi avversi rispetto al precedente controllo? NO Sì

se sì indicare quali

È stata necessaria una modifica della dose? NO Sì

se sì indicare i motivi

Strategia terapeutica nella fase di estensione

Il paziente ha completato un trattamento anticoagulante di almeno 6 mesi per un evento di TEV e necessita di ulteriore trattamento. La durata complessiva della terapia e la selezione della dose devono essere personalizzate dopo un'attenta valutazione del beneficio del trattamento in rapporto al rischio emorragico (vedasi rispettivo RCP paragrafo 4.2 e 4.4).

Farmaco e dose richiesta

Warfarin a dosaggi terapeutici per INR target 2-3

Durata complessiva: 9 mesi 12 mesi 18 mesi 24mesi tempo indefinito

Acenocumarolo a dosaggi terapeutici per INR target 2-3

Durata complessiva: 9 mesi 12 mesi 18 mesi 24mesi tempo indefinito

Apixaban 2,5 mg 2 volte al dì

Durata complessiva: 9 mesi 12 mesi 18 mesi 24mesi tempo indefinito

Rivaroxaban 10 mg 1 volta al dì

20 mg[#] 1 volta al dì

Durata complessiva: 9 mesi 12 mesi 18 mesi 24mesi tempo indefinito

Dabigatran 150 mg due volte

110 mg[#] due volte al dì

Durata complessiva: 9 mesi 12 mesi 18 mesi 24mesi tempo indefinito

Edoxaban 60 mg 1 volta al dì

30 mg[#] 1 volta al dì

Durata complessiva: 9 mesi 12 mesi 18 mesi 24mesi tempo indefinito

Motivare la continuazione del trattamento

[#]Motivare la variazione della dose

Data prevista per il Follow up: _____

La validità della prescrizione è al massimo di 6 mesi

Data di valutazione _____

Timbro e Firma del Medico