

U.O. Patologia Clinica	SCHEDA D'ISCRIZIONE PAZIENTE IN TAO	Cod.Mod.IO352.03 del 17/03/2022 Rev. 02
------------------------	--	---

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

Se ricoverato: Reparto _____ Letto n° _____
 COGNOME _____ NOME _____
 SESSO: M F DATA DI NASCITA: _____ LUOGO DI NASCITA _____ C.F.: _____
 INDIRIZZO: VIA _____ N° _____ CITTÀ: _____ PROV: _____ CAP: _____
 TELEFONO: _____ Cellulare: _____
 E-mail: _____
 Autorizzo all' invio della Terapia via mail Non Autorizzo all' invio della Terapia via mail

REFERENTE

Nome e Cognome: _____
 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

Giorno	LUN	MAR	MER	GIO	VEN	SAB	DOM
Data							
Quantità							

INIZIO TERAPIA _____ DURATA _____ FINE TERAPIA _____

FARMACI ASSOCIATI: _____

MEDICO CURANTE: Dr. _____

Preso visione dell'informativa sulla Privacy (D.Lgs.n. 196/2003 art.13)

autorizzo non autorizzo il trattamento dei miei dati personali

Per consenso informato:

Data _____ Firma Paziente _____

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto nel corso del colloquio con il Medico/Infermiera informazioni dettagliate e chiare riguardo la terapia anticoagulante orale con Coumadin e/o Sintrom e di accettare il suddetto trattamento.

Firma Paziente _____ Firma Medico Centro TAO _____