

RICHIESTA DOSAGGIO ANTICOAGULANTI ORALI AD AZIONE DIRETTA (DOAC)

Reparto _____

Generalità del paziente (o etichetta paziente)

Cognome _____ **Nome** _____

Data di nascita ____/____/____

Scheda Notizie

PESO Kg _____ PT INR _____ aPTT ratio _____
ALT U/L _____ Creatinina mg/dL _____ eGFR mL/min _____

Terapia assunta

- | | |
|---|-----------------|
| ☐ APIXABAN (Eliquis) | Posologia _____ |
| ☐ DABIGATRAN (Pradaxa) | Posologia _____ |
| ☐ EDOXABAN (Lixiana/Roteas) | Posologia _____ |
| ☐ RIVAROXABAN (Xarelto) | Posologia _____ |

Orario dell'ultima assunzione del farmaco

Ore _____ del giorno _____

Motivazione della richiesta

- ☐ Emorragia in atto ☐ Trombosi o embolia
☐ Intervento chirurgico o manovra invasiva in emergenza/urgenza
☐ Altro (specificare) _____

Data _____

Medico richiedente _____

L'esame è eseguito solo se:

- preceduto da richiesta telefonica al laboratorio urgenze (0461-903157).
- il campione è accompagnato dal modulo MD143 "Richiesta dosaggio Anticoagulanti Orali ad Azione Diretta (DOAC)", reperibile sul sito INTERNET, opportunamente compilato.