

Scheda Follow up PostVTE
Versione 1/ 12-2016

Codice Paziente :

Data:

EMORRAGIA MAGGIORE(durante il follow-up) [No] [SI]

Se Si DATA (mm/aaaa)_____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Intracerebrale lobare | <input type="checkbox"/> Gastrointestinale |
| <input type="checkbox"/> Intracerebrale profonda | <input type="checkbox"/> Emorragia retinica con perdita visus |
| <input type="checkbox"/> Trasfusione > 2 UGR | <input type="checkbox"/> Emartro |
| <input type="checkbox"/> Subdurale | <input type="checkbox"/> Perdita HB >2 g |

Emorragia Clinicamente Rilevante (necessaria visita, P.S., modifica terapia)

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ematoma cutaneo/muscolare | <input type="checkbox"/> Ematuria |
| <input type="checkbox"/> Epistassi | <input type="checkbox"/> Epistassi |
| <input type="checkbox"/> Metrorragia | <input type="checkbox"/> Altra sede |

TROMBOEMBOLIE (durante il follow-up) [No] [SI]

Se si DATA (mm/aaaa_____)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> TVP prossimale | <input type="checkbox"/> TVS (senza TVP) |
| <input type="checkbox"/> EP | <input type="checkbox"/> Altra sede |
| <input type="checkbox"/> TVP+EP | |

Se TVP Sede (specificare dx sn)_____

- | | | |
|------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> TIA | <input type="checkbox"/> Stroke | <input type="checkbox"/> Embolia arteriosa periferica |
| <input type="checkbox"/> IMA | <input type="checkbox"/> Morte cardiaca | <input type="checkbox"/> Altro_____ |

DECESSO [No] [SI]

Se SI Causa Decesso

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> EMG | <input type="checkbox"/> Morte improvvisa |
| <input type="checkbox"/> K | <input type="checkbox"/> Stroke |
| <input type="checkbox"/> IMA | <input type="checkbox"/> Altro |

ALTRE COMPLICANZE: _____

