

Scheda dati POST-VTE

Versione 1/ 12-2016

Data Inserimento _____

DATI DEL PAZIENTE

Codice.START _____

Data di nascita: _____ Sesso M F

Peso (Kg) _____ Altezza (cm) _____

Hb(g) _____ GR _____

PLT _____ Creatinina(mg/dl) _____

Trans.ALT _____ Trans. AST _____

Gruppo Sanguigno _____

Tempo in range terapeutico % o Labile INR: _____

CRITERI DI ESCLUSIONE (devono essere assenti)

Et  < 18 Anni

Puerperio

Gravidanza in atto

Altre indicazioni alla Terapia Anticoagulante

PATOLOGIE PRESENTI AL MOMENTO DELL'ARRUOLAMENTO

Storia di tumore No Si Non so NOTE

Tumore attivo No Si Non so NOTE _____ Metastasi

Chemio-radioterapia in atto No Si Non so NOTE

Diabete No Si Non so dieta

ipoglicemizzanti orali

insulina

Ipertensione in trattamento No Si Non so NOTE

Pregressa vasculopatia cerebrale No Si Non so TIA

Ictus

Embolia Periferica

Cardiopat  ischemica No Si Non so NOTE

Cardiomiopatia Dilatativa No Si Non so NOTE

Storia di scompenso cardiaco No Si Non so NOTE

Vasculopatia periferica No Si Non so Claudicatio

Ischemia

Angioplastica

Chirurgia

Mal Infiammazioni croniche No Si Non so NOTE

Mal Respiratorie croniche No Si Non so NOTE

Scheda dati POST-VTE

Versione 1/ 12-2016

Cirrosi + varici esofagee No Si Non so NOTE

Insuff. Renale No Si Non so NOTE

Ipotiroidismo No Si Non so NOTE

Iperitiroidismo No Si Non so NOTE

Anemia Nota No Si Non so NOTE

Altra patologia (da specificare) _____

FATTORI DI RISCHIO AL MOMENTO DELL'ARRUOLAMENTO

Fumo No Si <10 Fino a 20 >20

Trombofilia Non indagata No Parzialmente

Si _____

(specificare se omozigote o etero) _____

Disturbi cognitivi SI NO

Allettamento cronico letto/poltrona SI NO

Tendenza alle cadute SI NO

Pregresse emorragie maggiori NO SI

Emorragia cerebrale

Emorragia gastrointestinale

Emorragia retroperitoneale

Emorragia Oculare

Emorragia Articolare

Perdita HB \geq 2g/dl Trasfusione

Familiarità per TEV SI NO

Vive da solo/a SI NO

Consumo di alcol <1 bicchiere 1 bicchiere

1-2 bicchieri >2 bicchieri

FARMACI IN USO CRONICO

	No	Si
ASA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ticlopidina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clopidogrel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antiarritmici	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antidiabetici	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antidislipidemici	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antipertensivi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gastroprotettore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Altri farmaci:

Scheda dati POST-VTE

Versione 1/ 12-2016

DESCRIZIONE DELL'EVENTO INDICE (EVENTO PIU' RECENTE – ENTRO 24 MESI)

EVENTO TEV INDICE (Evento tromboembolico recente in arto inferiore o polmone)

Tipo Evento

	No	Si	Sintomatica	Asintomatica
TVP prossimale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TVP distale isolata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TVP+EP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EP (senza TVP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Data Diagnosi dell'evento recente (mm/aaaa) _____

Sede della TVP _____

Arto inferiore DX SN Bilaterale

Se si embolia polmonare:

	No	Si
Shock/Instabilità emodinamica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EP non emodinamica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EP asintomatica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Estensione (se nota):

arterie polmonari principali	Dx	Sx
arterie segmentarie	Dx	Sx
arterie subsegmentarie	Dx	Sx
arterie subsegmentarie isolate	Dx	Sx

Disfunzione Ventricolo Destro No Si Non so

NATURA DELL'EVENTO RECENTE:

Evento idiopatico: No Si

Fattori associati:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chirurgia maggiore entro 3 mesi | <input type="checkbox"/> Estro-progestinico |
| <input type="checkbox"/> Allettamento (>2gg) | <input type="checkbox"/> Fibrillazione atriale concomitante |
| <input type="checkbox"/> Immobilizzazione arto inferiore entro 3 mesi | <input type="checkbox"/> Lungo viaggio |
| <input type="checkbox"/> Tumore | <input type="checkbox"/> Altra malattia |
| <input type="checkbox"/> Malattia infiammatoria cronica | <input type="checkbox"/> Altro |
| <input type="checkbox"/> Deficit motorio (paraplegia) | |
| <input type="checkbox"/> Presenza di CVC femorale | |
| <input type="checkbox"/> Gravidanza/postpartum | |

È presente Filtro cavale No Si Non so

Eventi di TEV precedenti a quello recente No Si Non so

Se SI (elencare quali) _____

Terapia anticoagulante (TA) effettuata in seguito all'evento recente (specificare dosaggio):

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Coumadin | <input type="radio"/> Dabigatran |
| <input type="radio"/> Sintrom | <input type="radio"/> Rivaroxaban |
| <input type="radio"/> LMWH in cronico | <input type="radio"/> Apixaban |
| <input type="radio"/> Foundaparinux in cronico | <input type="radio"/> Edoxaban |

Mesi di terapia: _____

Terapia in corso No Si

**VALUTAZIONE PER DECIDERE LA SOSPENSIONE/PROSECUZIONE DELLA
TERAPIA ANTICOAGULANTE**

Data della valutazione: _____

CUS: No Si residuo(mm)..... Sede..... Non so

Presenza di Sindrome post trombotica No Si Non so

Se Sì Scala di Villalta Dx.....Sx.....

Se EP:

-è stata eseguita recentemente scintigrafia:

se sì _____

-è stata eseguita recentemente angiotac:

se sì _____

-è stata eseguita recentemente ecocardiografia

se sì _____

Ipertensione polmonare cronica tromboembolica No Si(systolic pulmonary arterial
pressure):.....(mmHg) Non so

Rischio di recidiva: basso moderato alto incerto

Rischio emorragico: basso moderato alto incerto

SOSPENSIONE DELLA TA [NO] [SI]

Se sì: Data sospensione (mm/aaaa) _____

Se sì: Motivi della sospensione (anche più motivi):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> fine periodo trattamento | <input type="checkbox"/> tendenza alle cadute |
| <input type="checkbox"/> controlli in altra sede | <input type="checkbox"/> neoplasia |
| <input type="checkbox"/> rischio emorragico alto | <input type="checkbox"/> decisione del curante |
| <input type="checkbox"/> insorgenza controindicazione | <input type="checkbox"/> decisione del paziente |
| <input type="checkbox"/> comparsa di emorragia maggiore | <input type="checkbox"/> decisione del partecipante |
| <input type="checkbox"/> decadimento condizioni generali (no neoplasia) | <input type="checkbox"/> perso al follow up |
| <input type="checkbox"/> basso rischio trombotico specifica se: | <input type="checkbox"/> altro _____ |
| -DD negativo | <input type="checkbox"/> note _____ |
| -residuo trombotico | |

