



MODULO PER LA RICHIESTA MOTIVATA E PERSONALIZZATA DI
DABIGATRAN (PRADAXA®)

- PRESIDIO OSPEDALIERO _____ DELLA ASL DI _____
- AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI _____
- AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU _____

DATI DEL REPARTO:	DATI DEL PAZIENTE
Reparto richiedente:	Cognome:
Codice C.d.C.:	Nome:
Data richiesta: / /	Età:
<p style="color: yellow; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">ORIGINI</p>	Patologie concomitanti:

**SI RICHIEDE LA DISPENSAZIONE DI DABIGATRAN PER LE SEGUENTI
MOTIVAZIONI:**

Prevenzione TVP

Intervento chirurgico: protesi di ginocchio protesi di anca

Data inizio trattamento..... Data fine trattamento.....

Dose

Efficacia trattamento:

Trombosi Venosa Profonda NO SI'
Embolia Polmonare NO SI'

Effetti avversi:

Emartro SI' NO
Soffusione Emorragica SI' NO
Sindrome compartimentale da sanguinamento SI' NO

Note:

.....
.....
.....
.....

Il medico richiedente: (firma e timbro)

.....

Parte riservata al Servizio di Farmacia

Consegnati n° _____ cpr Pradaxa mg Data della consegna: ___/___/___

Firma del farmacista