



MODULO PER LA RICHIESTA MOTIVATA E PERSONALIZZATA DI  
**RIVAROXABAN (XARELTO®)**

- 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:
	Patologie concomitanti: ..... ..... .....

**SI RICHIEDE LA DISPENSAZIONE DI RIVAROXABAN 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:

Ematro 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 Xarelto Data della consegna: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del farmacista: \_\_\_\_\_