REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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:**
	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