

DIPARTIMENTO STRUTTURALE dei SERVIZI
Direttore : Dr.Giuseppe Semino

AL CENTRO SORVEGLIANZA TERAPIA ANTICOAGULANTE

di.....

MODULO DI RICHIESTA SOSPENSIONE TERAPIA ANTITROMBOTICA PER CHIRURGIA E/O MANOVRA INVASIVA

Il/la Sign./ra.....nato/a il.....

sara' sottoposto ad intervento di.....

in data.....

Necessita di sospensione terapia *.....per rischio

emorragico (specificare grado e causa).....

.....

N.B. In caso di paziente ricoverato è obbligatoria la richiesta informatica di consulenza al Centro TAO (sistema MedOffice)

Tutti i pazienti ambulatoriali devono presentare impegnativa (richiesta di bridging therapy).

Struttura richiedente

telefono

.....

.....

Medico richiedente

.....

*Specificare il tipo (antiaggregante, TAO , DOAC ect.)

S.C. Immunoematologia e Trasfusionale
Responsabile : Dr. Giuseppe SEMINO
Tel. 0131/865327 - 865503 Fax 0131/865610-865830
gsemino@aslal.it

Presidio Ospedaliero di TORTONA	Presidio Ospedaliero di NOVI LIGURE	Presidio Ospedaliero di ACQUI TERME	Presidio Ospedaliero di CASALE MONFERRATO
P.zza F. Cavallotti 7 15057 TORTONA (AL)	Via E. Raggio 12 15067 NOVI LIGURE (AL)	Via Fatebenefratelli 1 15011 ACQUI TERME (AL)	Viale Giolitti 2 15033 CASALE MONFERRATO
Tel. 0131 865327 - 865503	Tel. 0143 332530	Tel. 0144 777506	Tel. 0142 434664-434287
Fax 0131 865610 - 865830	Fax 0143 332532	Fax 0144 777418	Fax 0142 434428

Allegato 3 PO ASL AL 01 PROFILASSI DELLA MALATTIA TROMBOEMBOLICA VENOSA