



Profilassi del tromboembolismo in GRAVIDANZA E PUERPERIO  
per le pazienti a rischio (Legge 648/96)

**Anagrafica paziente**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Medico Medicina Generale del paziente \_\_\_\_\_

**Indicazioni Terapeutiche:** (barrare obbligatoriamente il criterio che permette il ricorso alla L.648/96)

Pregresso evento tromboembolico venoso idiopatico o in corso di trattamento con estro-progestinici indipendentemente dalla presenza di trombofilia (profilassi);

Pregressi aborti ricorrenti altrimenti non spiegabili (definiti come un numero  $\geq 3$ , o di 2 in presenza di almeno un cariotipo fetale normale) in presenza di documentata trombofilia congenita o acquisita (profilassi);

Una o più morti endouterine del feto (MEF), definita come perdita fetale occorsa dalla 20a settimana di gestazione in poi di un feto morfologicamente normale (profilassi);

Precedente pre-eclampsia severa, ritardo di crescita intrauterino e distacco di placenta normalmente inserita «sine causa» (profilassi);

Valvole cardiache meccaniche: dalla positivizzazione del test di gravidanza fino alla fine del primo trimestre (10-14 settimane circa) e dalla 34 settimana fino al parto. Dalla 14 alla 34 settimana secondo il giudizio del clinico e dopo condivisione con la paziente (trattamento);

Pazienti gravide con deficienza congenita di fattori della coagulazione in omozigosi o doppia eterozigosi;

Pazienti gravide con sindrome da anticorpi antifosfolipidi

**Validità della scheda regionale per la prescrizione delle EBPM:**

Numero di settimane  Max fino a 41 settimane circa (calcolando la positivizzazione del test di gravidanza - circa 5 settimane di età gestazionale - e includendo fino a 6 settimane di puerperio).

**Prescrizione EBPM:**

Farmaco prescritto	Dosaggio	Quantità	Durata trattamento in settimane
Dalteparina			
Enoxaparina			
Nadroparina			

Medico Prescrittore \_\_\_\_\_ Firma e Timbro del medico Prescrittore \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ TIMBRO DELLA UO DI APPARTENENZA

La presente scheda va redatta in 4 copie di cui: una rimane al Prescrittore, due destinate al paziente ed una deve essere inoltrata, a cura del Centro prescrittore, al Servizio Farmaceutico Territoriale dell'ASP di Residenza del paziente.



**Scheda regionale per la Prescrizione di Eparine a Basso Peso Molecolare (EBPM)**

**Trattamento del tromboembolismo nella sospensione degli anti-vitamina K (SVK)  
per manovre chirurgiche e/o invasive - BRIDGING THERAPY (Legge 648/96)**

**Anagrafica paziente**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Medico Medicina Generale del paziente \_\_\_\_\_

**Indicazioni Terapeutiche:**

**Trattamento del tromboembolismo nella sospensione degli anti-vitamina K (SVK) per manovre chirurgiche e/o invasive  
BRIDGING THERAPY**

1) **Pazienti a rischio di tromboembolismo**

basso\*

moderato

elevato

2) **Pazienti portatori di valvole meccaniche con INR < 1,5;**

\*sono esclusi pazienti sottoposti a procedure con minimo rischio di sanguinamento (procedure dermatologiche minori come escissione di tumori basali e squamosi, cheratosi attiniche e nevi, cataratta con anestesia topica (non retrobulbare), estrazioni dentarie semplici, igiene dentaria (detartrasi), biopsie ossee).

**Validità della scheda regionale per la prescrizione delle EBPM:**

Numero di giorni di trattamento  Max fino a 10 giorni, dosaggi profilattici o terapeutici di EBPM a seconda del rischio tromboembolico.

Rischio basso moderato: dosaggio profilattico; Rischio elevato: dosaggio sub-terapeutico (70% della dose terapeutica).

**Prescrizione EBPM:**

Farmaco prescritto	Dosaggio	Quantità	Durata trattamento in settimane
Bemiparina			
Dalteparina			
Enoxaparina			
Nadroparina			
Parnaparina			
Reviparina			

Medico Prescrittore \_\_\_\_\_ Firma e Timbro del medico Prescrittore \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ **TIMBRO DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA**

*La presente scheda va redatta in 4 copie di cui: una rimane al Prescrittore, due destinate al paziente ed una deve essere inoltrata, a cura del Centro prescrittore, al Servizio Farmaceutico Territoriale dell'ASP di Residenza del paziente.*



**Scheda regionale per la Prescrizione di Eparine a Basso Peso Molecolare (EBPM)**

**Profilassi della Trombosi Venosa Profonda in PAZIENTI ONCOLOGICI ambulatoriali a rischio (score di KHORANA  $\geq 3$ ) (Legge 648/96)**

**Anagrafica paziente**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Medico Medicina Generale del paziente \_\_\_\_\_

**Score di KHORANA:**

Sito della Neoplasia:	
<input type="checkbox"/> Rischio molto elevato (stomaco, pancreas)	+2
<input type="checkbox"/> Rischio elevato (polmone, linfoma, neoplasie ginecologiche, vescica, testicolo)	+1
<input type="checkbox"/> Conta piastrinica pre-chemioterapia $\geq 350.000/ \text{mm}^3$	+1
<input type="checkbox"/> Emoglobina $< 10 \text{ g/dl}$ o uso di fattori di crescita per globuli rossi	+1
<input type="checkbox"/> Conta leucocitaria pre-chemioterapia $\geq 11.000/ \text{mm}^3$	+1
<input type="checkbox"/> Indice massa corporea $\geq 35$	+1
<input type="checkbox"/> 1-2 Rischio Intermedio	<input type="checkbox"/> $\geq 3$ Rischio Alto

**Prescrizione EBPM:**

Farmaco prescritto	Dosaggio	Posologia	Durata trattamento in settimane

Medico Prescrittore\* \_\_\_\_\_ Firma e Timbro del medico Prescrittore \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ **TIMBRO DELLA UO DI APPARTENENZA**

\*Oncologo o Ematologo

*La presente scheda va redatta in 4 copie di cui: una rimane al Prescrittore, due destinate al paziente ed una deve essere inoltrata, a cura del Centro prescrittore, al Servizio Farmaceutico Territoriale dell'ASP di Residenza del paziente.*