



**Richiesta per**  
**PATOLOGIA TROMBOTICA**

COGNOME ..... NOME .....

DATA DI NASCITA ..... SESSO  F  M

MEDICO/REPARTO/OSPEDALE RICHIEDENTE .....

MOTIVO DELLA RICHIESTA DI QUESTI ESAMI

.....  
.....

**PROTOCOLLO RICHIESTO**

- SCREENING TROMBOFILIA
- SCREENING TROMBOFILIA IN TAO
- SCREENING TROMBOFILIA IN NAO
- SCREENING TROMBOFILIA  
DURANTE TERAPIA ORMONALE/GRAVIDANZA
- PROTOCOLLO LUPUS ANTICOAGULANT (LAC)
- ESAMI SINGOLI (VEDI IMPEGNATIVA)

**PROVETTE DA INVIARE**

- 2 provette tappo Azzurro (2.7 ml)
- 1 provette tappo Azzurro (9.0 ml)
- 2 provette tappo Lilla (EDTA)
- 1 provette tappo Blu
- 1 provette tappo Bianco (da inviare in Crioplast)

**STORIA PERSONALE DI TROMBOSI**  SI  NO

**PATOLOGIA VENOSA**

<b>EVENTO</b>	<input type="checkbox"/> IDIOPATICO	<input type="checkbox"/> SECONDARIO (specificare)
---------------	-------------------------------------	---

- GRAVIDANZA/POST-PARTUM (specificare settimana/giornata) .....
- ESTROPROGESTINICI (specificare tipo e durata) .....
- CHIRURGIA (specificare tipo e giornata) .....
- TRAUMA/GESSO (specificare tipo e giornata) .....
- ALLETTAMENTO (specificare) .....
- MALATTIE (specificare) .....
- EPISODI RICORRENTI (specificare tipo e età insorgenza) .....

**PATOLOGIA ARTERIOSA**

SI  NO  
se **SI**, specificare il tipo .....



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

LUM

**Laboratorio Unico Metropolitano**

Direttore: dr.ssa Rita Mancini

**Richiesta per**

**PATOLOGIA TROMBOTICA**

**STORIA FAMILIARE DI TROMBOSI**       SI       NO

Se **SI**, specificare in quali familiari e il tipo di trombosi .....

.....

**FATTORI DI RISCHIO ATTUALI**

GRAVIDANZA      1 - 2 - 3 - 4      Settimana .....

PRECEDENTE POLIABORTIVITA' (specificare) .....

ESTROPROGESTINICI      Tipo.....      Durata .....

Estroprogestinici assunti in precedenza     SI     NO

FUMO   N°sigarette .....      PESO .....      ALTEZZA .....      GRUPPO SANG. .....

DIABETE       DISLIPIDEMIA      Tipo .....       IPERTENSIONE

EMICRANIA       ALTRO (specificare) .....

**TERAPIA IN CORSO**       SI       NO

(specificare) .....

Data di compilazione .....

Firma e timbro del Medico .....