



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

**LUM**

**Laboratorio Unico Metropolitan**

Direttore: dr.ssa Rita Mancini

**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 provetta tappo Lilla (EDTA)
- 1 provette tappo Blu
- 1 provette tappo Bianco (da inviare in Crioplast)

**STORIA PERSONALE DI TROMBOSI**  SI  NO

**PATOLOGIA VENOSA**

**EVENTO**  IDIOPATICO  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 Metropolitan**

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 .....