



**SCHEDA PAZIENTE
ATOLOGIA EMORRAGICA**

**UOC LUM OM
Mod01 IOXX**

COGNOME NOME

DATA DI NASCITA SESSO F M

SEGUITO DAI NOSTRI AMBULATORI N°CARTELLA

MEDICO/REPARTO/OSPEDALE PROPONENTE

MOTIVO DELLA RICHIESTA DI QUESTI ESAMI

PROTOCOLLO SUGGERITO

PATOLOGIA EMORRAGICA (1°livello) ACCERTAMENTI PER ALLUNGAMENTO PTT

PATOLOGIA EMORRAGICA (2°livello) ACCERTAMENTI PER ALTERAZIONE PT

PROTOCOLLO MALATTIA DI VON WILLEBRAND

ESAMI SINGOLI (VEDI IMPEGNATIVA)

PROPOSITO SI NO

PARENTE DEL PROPOSITO

GRADO DI PARENTELA

STORIA PERSONALE DI EMORRAGIA SI NO

STORIA FAMILIARE DI EMORRAGIA SI NO

Se SI, specificare in quali familiari e il tipo di emorragia

ETA' DI COMPARSA DEI SINTOMI

DATA DELL'ULTIMO EPISODIO EMORRAGICO

GRUPPO SANGUIGNO

PRECEDENTE ESPOSIZIONE A SITUAZIONI POTENZIALMENTE EMORRAGICHE

INTERVENTI CHIRURGICI (specificare)

PROCEDURE INVASIVE (specificare)

ESTRAZIONI DENTARIE (specificare)

PARTO (specificare se naturale o cesareo)

SCHEDA PAZIENTE ATOLOGIA EMORRAGICA

**UOC LUM OM
Mod01 IOXX**

Epistassi	Emorragie cutanee	Emorragie da piccole ferite
0. No/banale 1. > 5/anno o durata > 10 minuti 2. Solo consulenza 3. Tamponamento o cauterizzazione o antifibrinolitici 4. Trasfusioni o terapia sostitutiva o DDAVP	0. No/banale 1. > 5 ematomi (> 1 cm) nelle zone esposte 2. Solo consulenza 3. Ematomi estesi 4. Ematomi spontanei che hanno richiesto trasfusioni	0. No/banale 1. > 5/anno o durata > 10 minuti 2. Solo consulenza 3. Emostasi chirurgica 4. Trasfusioni o terapia sostitutiva o DDAVP
Emorragia cavo orale	Emorragia gastrointestinale	Ematuria
0. No/banale 1. Presente 2. Solo consulenza 3. Emostasi chirurgica o antifibrinolitici 4. Trasfusioni o terapia sostitutiva o DDAVP	0. No/banale 1. Presente (non associata a ulcera, ipertens. portale, emorroidi, angiodiplasia) 2. Solo consulenza 3. Emostasi chirurgica, antifibrinolitici 4. Trasfusioni o terapia sostitutiva o DDAVP	0. No/banale 1. Presente (macroscopica) 2. Solo consulenza 3. Emostasi chirurgica, terapia marziale 4. Trasfusioni o terapia sostitutiva o DDAVP
Emorragia post-estrazioni dentarie	Emorragia post-chirurgica	Menorragia
0. No/banale o nessuna estrazione 1. Nel < 25% di tutte le procedure senza manovre emostatiche 2. Nel > 25% di tutte le procedure senza manovre emostatiche 3. Sutura o tamponamento 4. Trasfusioni o terapia sostitutiva o DDAVP	0. No/banale o nessuna manovra emostatica 1. Nel < 25% di tutte le procedure senza manovre emostatiche 2. Nel > 25% di tutte le procedure senza manovre emostatiche 3. Emostasi chirurgica o antifibrinolitici 4. Trasfusioni o terapia sostitutiva o DDAVP	0. No/banale 1. Solo consulenza o cambio assorbenti più frequente di ogni 2h 2. Assenza lavoro/scuola > 2/anno o antifibrinolitici o terapia ormonale o terapia marziale 3. Trattamento combinato con terapia ormonale + antifibrinolitici o presente dal menarca e per > 12 mesi 4. Ricovero in emergenza o trasfusioni o terapia sostitutiva o DDAVP o che abbiano richiesto revisione cavità, isterectomia, ecc
Emorragia post-partum	Ematomi muscolari	Emartri
0. No/banale o nessun parto 1. Solo consulenza o uso di ossitocina o per > 6 settimane 2. Terapia marziale o antifibrinolitici 3. Trasfusioni o terapia sostitutiva o DDAVP 4. Procedure di emergenza o chirurgiche (isterectomia, legatura arterie iliache interne, embolizzazione arteria uterina, ecc)	0. Mai 1. Post-trauma, nessuna terapia 2. Spontaneo, nessuna terapia 3. Traumatico o spontaneo che abbia richiesto DDAVP o terapia sostitutiva 4. Traumatico o spontaneo che abbia richiesto intervento chirurgico o trasfusioni	0. Mai 1. Post-trauma, nessuna terapia 2. Spontaneo, nessuna terapia 3. Traumatico o spontaneo che abbia richiesto DDAVP o terapia sostitutiva 4. Traumatico o spontaneo che abbia richiesto intervento chirurgico o trasfusioni
Emorragia cerebrale	Emorragia in altra sede	
0. Mai 1. --- 2. --- 3. Subdurale, qualsiasi manovra emostatica 4. Intracerebrale, qualsiasi manovra emostatica	0. No/banale 1. Presente 2. Solo consulenza 3. Emostasi chirurgica, antifibrinolitici 4. Trasfusioni o terapia sostitutiva o DDAVP Sede	

ISTH BAT SCORE

AVEVA ASSUNTO FARMACI NEI GIORNI PRECEDENTI L'EPISODIO EMORRAGICO SI NO

(specificare)

PRESENZA DI ALTRE MALATTIE SI NO

(specificare)

ABITUDINE ALL'ASSUNZIONE DI FARMACI ANTIINFAMMATORI SI NO

(specificare)

HA ASSUNTO FARMACI NEI GIORNI PRECEDENTI QUESTO CONTROLLO SI NO

(specificare)

STA ASSUMENDO ESTROPROGESTINICI SI NO

Data di compilazione

Firma e timbro del Medico

