

CENTRO TAO
Modulo per l'invio di domande

Gentile Paziente,

in caso di necessità di chiarimenti di ordine clinico sulla gestione della Sua Terapia Anticoagulante Orale, la invitiamo innanzitutto a consultare il **Vademecum per il paziente in TAO** e, se non trovasse risposta ai Suoi quesiti, a compilare il presente Modulo.

- Inserisca nelle apposite caselle i Suoi dati personali e il numero di telefono (fisso o cellulare) a cui vorrà essere ricontattato.
- Apponga la crocetta sulla voce corrispondente al Suo problema (ad esempio, "Devo subire un intervento") e prosegua rispondendo alle domande ad essa corrispondenti, site sulla medesima riga della tabella.
- Invii il Modulo all'indirizzo email **tao@gradenigo.it** oppure lo consegni a mano presso la Segreteria o lo Sportello TAO di Humanitas Gradenigo.

Verrà contattato telefonicamente entro 24 ore lavorative, prevalentemente in orario 13.00 – 15.00: il Medico del Centro TAO di Humanitas Gradenigo Le fornirà chiarimenti in merito al Suo problema.

La ringraziamo per la Sua cortese collaborazione.

DATI PAZIENTE		COGNOME	NOME		DATA DI NASCITA
		TELEFONO 1 _____ TELEFONO 2 _____			
PROBLEMA					
<i>Crociare solo la voce che interessa e descrivere brevemente il problema, ove indicato.</i>					
DEVO ASSUMERE NUOVI FARMACI ☐	☐	Specificare nome del farmaco, dosaggio e durata della Terapia _____		Terapia già iniziata? ☐ NO ☐ SÌ	☐ SÌ Data inizio terapia __ / __ / ____
DEVO SUBIRE UN INTERVENTO ☐	☐	Specificare tipologia intervento _____		Data prevista intervento __ / __ / ____	
DEVO SUBIRE UNA ENDOSCOPIA ☐	☐	Gastrosopia ☐ Colonscopia ☐	In Humanitas Gradenigo? ☐ SÌ ☐ NO	Data prevista procedura __ / __ / ____	
DEVO SUBIRE UNA PROCEDURA INVASIVA (agobiopsie, biopsie, etc.) ☐	☐	Specificare tipologia procedura	In Humanitas Gradenigo? ☐ SÌ ☐ NO	Data prevista procedura __ / __ / ____	
DEVO SUBIRE UN TRATTAMENTO ODONTOIATRICO ☐	☐	Specificare tipologia trattamento (estrazione dentaria, implantologia, detartrasi, etc.) _____		Data prevista intervento __ / __ / ____	
DEVO FARE INFILTRAZIONI ☐	☐	Specificare sede corporea _____		Data prevista intervento __ / __ / ____	

DEVO FARE CORONAROGRAFIA O ALTRA PROCEDURA CARDIOLOGICA ☐	Specificare procedura _____		Data prevista intervento __ / __ / ____
DEVO PARTIRE PER UN VIAGGIO ☐	Località _____	Durata soggiorno _____	Data prevista partenza __ / __ / ____
DEVO FARE UNA VACCINAZIONE ☐	Specificare tipo vaccino _____		Data presunta vaccino __ / __ / ____
HO LA FEBBRE ☐	☐ Sto assumendo antibiotici ☐ Sto assumendo antipiretici ☐ Altro (specificare) _____		Data inizio assunzione __ / __ / ____
HO MACCHIE ROSSASTRE SULLA PELLE ☐	Indicare le sedi corporee interessate _____		Da quanto tempo sono comparse?
HO PRURITO ☐	Specificare brevemente caratteristiche del prurito (sedi interessate, continuo, da coricato, etc.) _____ _____		Da quanto tempo è insorta la sintomatologia? _____
HO I SEGNI DI ALLERTA (urine e feci, scure, mestruazioni abbondanti, frequenti piccole epistassi, sangue nella saliva, etc.) ☐	Specificare _____ _____		Da quanto tempo è insorta la sintomatologia? _____