

PERCORSO CLINICO ORGANIZZATIVO per la GESTIONE dei NAO

PRIMA VISITA

- VERIFICA INDICAZIONI AL TRATTAMENTO ANTITROMBOTICO
- VALUTAZIONE DEL RISCHIO TROMBOEMBOLICO ED EMORRAGICO INDIVIDUALE
- VALUTAZIONE CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE ALLE TERAPIE ANTICOAGULANTI (AVK o NAO)
- PRECAUZIONI DI IMPIEGO SECONDO I CRITERI DI ESCLUSIONE UTILIZZATI NEGLI STUDI CLINICI
- SCELTA DEL TRATTAMENTO ANTITROMBOTICO (SEC. LA DEFINIZIONE DEL PERCORSO AZIENDALE)
- SCELTA DEL DOSAGGIO NAO
- COMPILAZIONE CHECK LIST
- COMPILAZIONE PIANO TERAPEUTICO
- EDUCAZIONE INFORMAZIONE DEL PAZIENTE
- INFORMAZIONE MMG (GESTIONE INTEGRATA)



PRIMA VIS. FOLLOW UP (DOPO 1 MESE)

FOLLOW UP (RESPONSABILI : C.T., U.O. Autorizzate, MMG (gest.INTEGRATA))

1 mese

3 mesi

6 mesi

Ogni 6 mesi

VISITA MEDICA
comprensiva di valutazione **PATOLOGIE CONCOMITANTI, EVENTI AVVERSI e TRATTAMENTI**
in corso e relativa registrazione sul **SUPPORTO INFORMATICO DEDICATO**

VALUTAZIONE ADERENZA AL TRATTAMENTO (conteggio cp ??)

VERIFICA TEST EMATOCHIMICI PRECEDENTEMENTE PRESCRITTI

PRESCRIZIONE test ematochimici da eseguire in prossimità della visita successiva

RINNOVO PIANO TERAPEUTICO

REDAZIONE REFERTO SPECIALISTICO COMPRESIVA DATA SUCCESSIVA VISITA

AGGIORNAMENTO TESSERA IDENTIFICATIVA

**IN CASO DI PROBLEMI CLINICI INTERCORRENTI FAR RIFERIMENTO A
RESPONSABILI : C.T., U.O. Autorizzate, MMG (gest.INTEGRATA)**