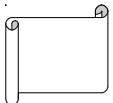
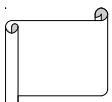



CHECK LIST DABIGATRAN, RIVAROXABAN & APIXABAN in FA NON VALVOLARE

NOME E COGNOME:						
CHADS₂ Scadenza cardiaca... <input type="radio"/> 1 p Ipertensione..... <input type="radio"/> 1 p Età > 75 anni <input type="radio"/> 1 p Diabete..... <input type="radio"/> 1 p ... <input type="radio"/> 2 p Stroke-TIA <input type="radio"/> (=come sopra+seguenti)				HAS-BLED Ipertensione <input type="radio"/> 1 p Insufficienza renale <input type="radio"/> 1 p Patologia epatica <input type="radio"/> 1 p Stroke <input type="radio"/> 1 p Precedente emorragia maggiore o predisposizione..... <input type="radio"/> 1 p TTR < 60% <input type="radio"/> 1 p Età > 65 anni <input type="radio"/> 1 p Uso di antiaggreganti piastrinici o FANS..... <input type="radio"/> 1 p Alcol > 8 drinks/settimana <input type="radio"/> 1 p		
CHA₂DS₂-VASc Età > a 65 anni..... <input type="radio"/> 1 p Vasculopatia..... <input type="radio"/> 1 p Femmina.....						
<input type="radio"/>	Controindicazione assoluta	<input type="radio"/>	Indica cautela	<input type="checkbox"/>	Check eseguita	DA B
Controindicazioni assolute						
<input type="checkbox"/>	Clearance Creatinina (< 30 mL/min per Dabigatran, <15 per Rivaroxaban e Apixaban) (<30 sec doc RER)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Piastrine < 100.000 mm ³ (doc RER)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sindrome emorragica/emorragia grave o clinicamente significativa in atto o recente (meno di 1 mese)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Lesioni d'organo a rischio di sanguinamento (ulcera in atto, neo maligna, lesioni o MAV del SNC), retinopatia, emoftoe, bronchiectasie, endocardite batterica, varici esofagee.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Precedente emorragia gastrica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ipertensione arteriosa non controllata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Epatopatia grave: con impatto su sopravvivenza o transaminasi x 2 o cirrosi Child Pugh B o C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gravidanza o allattamento, minorenni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Età >75 e VGF<50 o peso < 50 kg o inter farmac o rischio emorr se rischio supera benef	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri requisiti						
<input type="checkbox"/>	Consenso informato firmato, materiale informativo consegnato al paziente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Peso <50 o >100 Kg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Emocromo, CrCl, SGOT,SGPT, bilirubina, PT, aPTT fuori dai limiti prefissati	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmaci interferenti (*)						
	<i>Classe</i>	<i>Nome farmacologico</i>	<i>Esempio di nome commerciale</i>			
<input type="checkbox"/>	anticoagulanti	eparina, EBPM, fondaparinux, AVK, NAO	Clexane, Arixtra, Coumadin, Sintrom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	triazolici	ketoconazolo, itraconazolo, voriconazolo, posaconazolo	Nizoral, Sporanox, Triasporin, Vfend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	inibitori P-gp	Dronedarone	Multaq	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	HIV antiproteasi	Ritonavir	Norvir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	antirigetto	Ciclosporina tacrolimus	Sandimmun, Prograf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	SSRI	Citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, dapoxetina	Elopram, Cipralex, Entact, Prozac, Fevarin, Sereupin, Serostat, Priligy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	SNRI	Venlafaxina, duloxetina	Efexor, Cymbalta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	inibitori P-gp	Amiodarone, chinidina	Cardarone, Amiodar, Ritmocar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	antibiotici	Clarithromicina, eritromicina	Klacid, Eritrocina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	antiepilettici	Carbamazepina, fenitoina, fenobarbitale	Tegretol, Dintoina, Luminal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	Induttori	Hypericum perforatum, rifampicina	Erba di San Giovanni, Rifadin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	FANS	Asa, diclofenac, ibuprofene, piroxicam	Cardioaspirin100, Voltaren, Brufen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	antiaggreganti	ASA, clopidogrel, prasugrel, ticagrelor	Plavix, Brilique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preferenza dose ridotta (110 mg x 2 Dabigatran; 15 mg Rivaroxaban; 2,5 mg x 2 per Apixaban)						
<input type="checkbox"/>	Età > 80 anni (o 75 a. con rischio emorragico elevato e rischio embolico basso)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Clearance Creatinina 30-50 mL/min x Dabigatran e 15-50 per Rivaroxaban e 15-30 Apixaban	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2 delle seguenti: Creatinina ≥ 1,5 mg%, età ≥ 80 anni, peso ≤ 60 kg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Concomitante uso di verapamil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preferenza NAO in paz già in AVK						
	Negli ultimi 6 mesi TTR < 60% o controlli in range < 50%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Difficoltà logistico organizzative o condizioni cliniche che rendono gravosa o non accettabile la terapia AVK	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Posologia settimanale: Coumadin < 8,75 mg (1/4 die) o Sintrom < 6 mg (1/4 per 6 gg/settimana)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pregressa emorragia maggiore con INR sovraterapeutico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pregressa emorragia intracranica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preferenza NAO in nuovo trattamento con anticoagulanti						
	Trattati solo con ASA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Difficoltà logistico organizzative	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Condizioni cliniche che rendono gravosa o non accettabile la terapia con AVK	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Paziente ad alto rischio di interazioni farmacologiche con gli AVK	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pregressa emorragia intracranica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	FA da sottoporre a CVE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data				Firma del medico prescrittore		

Form da allegare alla cartella clinica o al piano terapeutico

(*) secondo RCP + nota AIFA 9/2013 + EHRA Guideline-Europace 2013