



**C. A. Spett.le Centro di prevenzione e terapia della Trombosi**

Divisione e Cattedra di Cardiologia c/o C.S.S. ai Colli

PADOVA Tel. 049 821 5651

**FAX 049 821 6311 - 049 821 4640**

**DETERMINAZIONE DEL TEMPO DI PROTROMBINA O DI QUICK (I.N.R.)**

**PAZIENTE:** \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_

**RISULTATO  
I.N.R. OTTENUTO**

in cifre e in lettere  
.....

DATA..... ORA.....di esecuzione del prelievo

INDICARE LA PREFERENZA PER LA RICEZIONE, ATTENDO IL REFERTO DELLA T.A.O.

tramite [ **e-mail PEC** ] o al [ **FAX** ] N°.....

**INFORMAZIONI SUL PERIODO TRASCORSO DAL PRECEDENTE PRELIEVO**

Ha assunto regolarmente l'anticoagulante prescritto dal centro ?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Ha assunto nuovi farmaci o cambiato terapia ?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Ha avuto malattie ?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Ha avuto ricoveri ?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Note.....		
<b>Firma di autocertificazione SOCIO A.I.P.A.</b> .....		

**QUESTA SCHEDA VERRA' LETTA DAI MEDICI IN GIORNATA SOLO SE ACCOMPAGNATA DAL RISULTATO DI LABORATORIO O FIRMATA DAL PAZIENTE SOCIO A.I.P.A. E INVIATA PER FAX AI NUMERI SOPRA INDICATI.**

**DA SPEDIRE ENTRO LE ORE 11:30 GIORNI FERIALE**