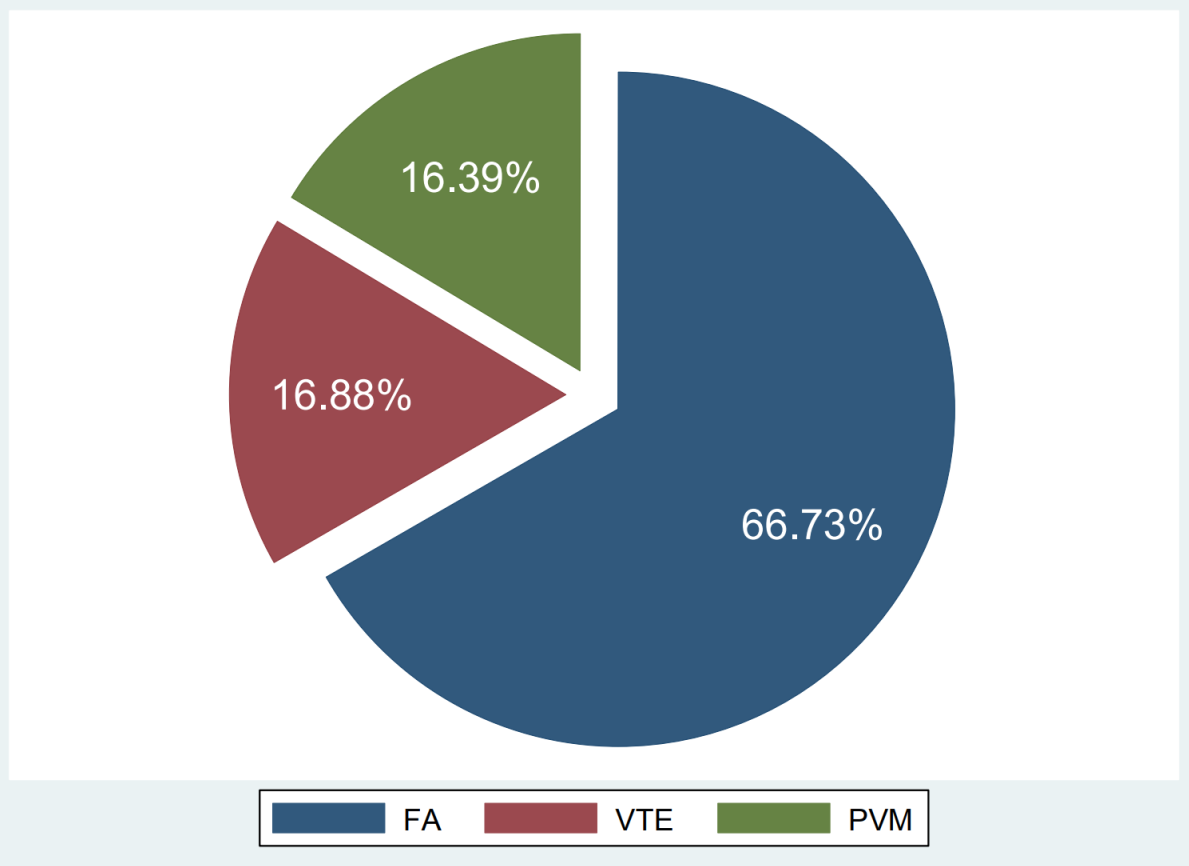
Trattamento anticoagulante tra ospedale e territorio

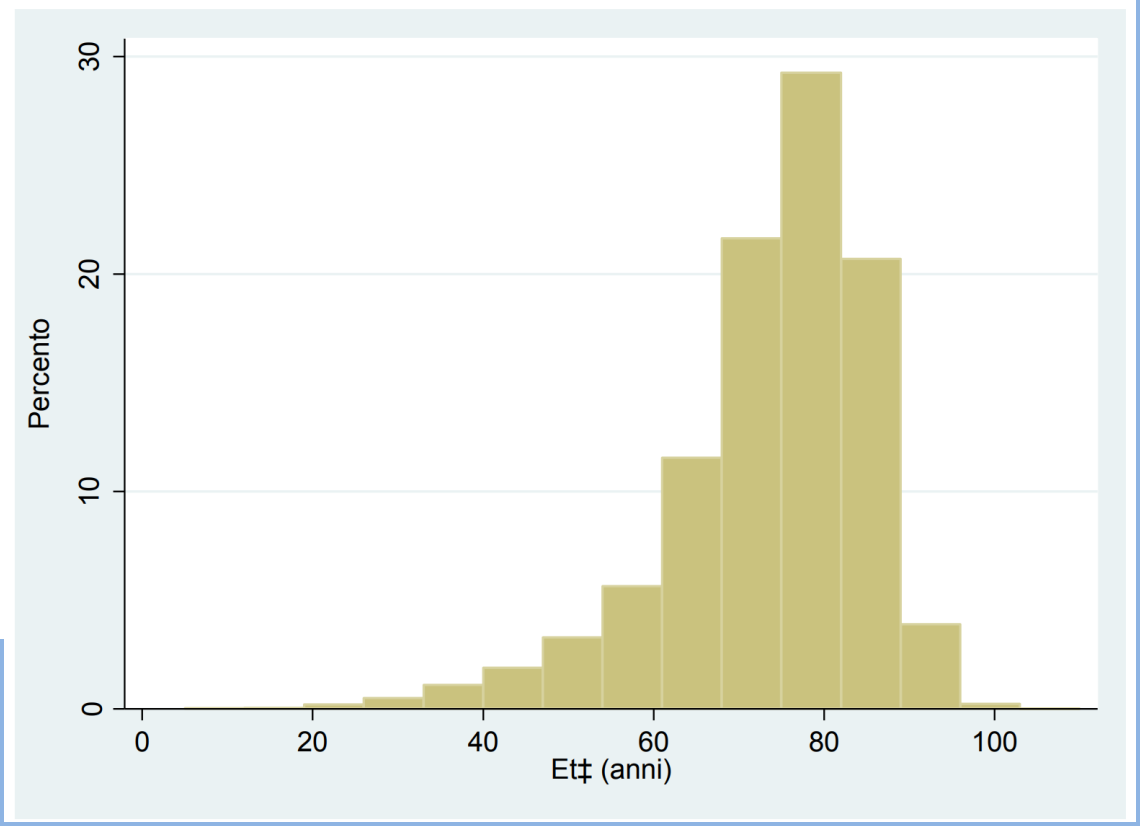
Giovanni Amaddii

Ambulatorio TAO

Ematologia e CTMO
OC di Bolzano

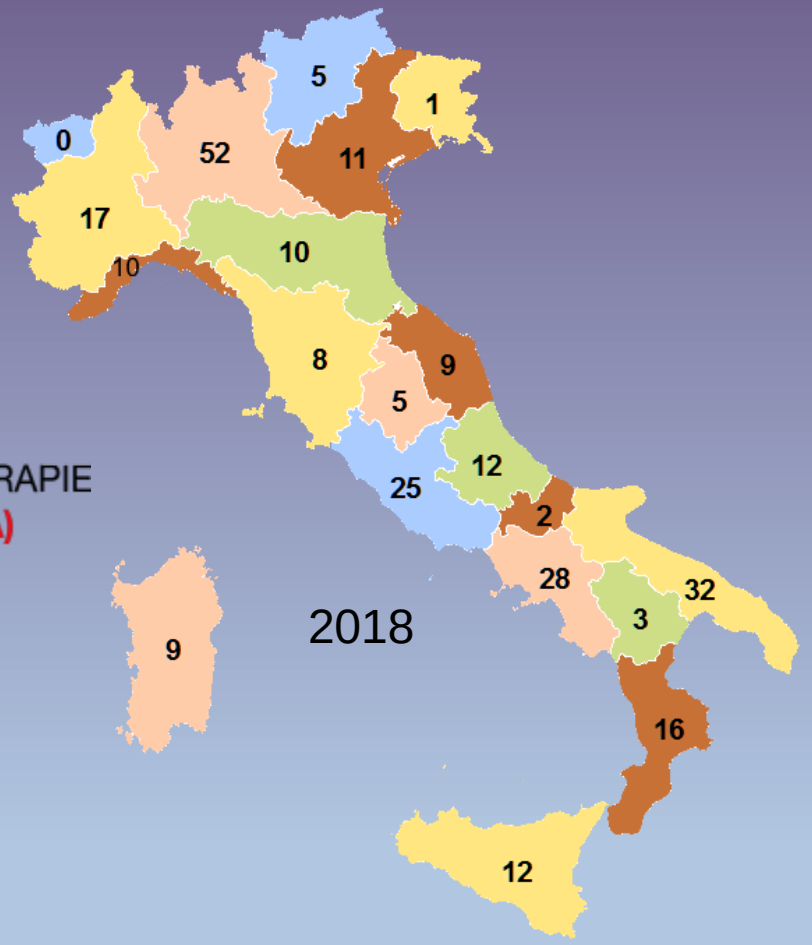
DATI PROVENIENTI DA CONTROLLO QUALITÀ TERAPEUTICA FCSA 2010





F.C.S.A.

FEDERAZIONE
CENTRI PER LA DIAGNOSI
DELLA TROMBOSI E LA
SORVEGLIANZA DELLE TERAPIE
ANTITROMBOTICHE **(FCSA)**



- Centro Trasfusionale
- CET (Centri emostasi trombosi)
- Laboratoro Analisi Cliniche
- Medicina Interna
- Cardiologia
- Angiologia
- Ematologia

Si può stimare, in base ai dati del controllo della qualità terapeutica, che i Centri Trombosi aderenti a FCSA seguano circa 1/3 dei pazienti (1,5-3,5 % della popolazione)

SIMG
SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE E DELLE CURE PRIMARIE

F.C.S.A.
Federazione Centri per la diagnosi della trombosi e la Sorveglianza delle terapie Antitrombotiche (FCSA)

Documento di consensus SIMG-FCSA sulle corrette procedure di anticoagulazione

Gruppo di lavoro:

Damiano Parretti, Piero Grilli e Fernanda Bastiani per SIMG
Cesare Manotti, Daniela Poli e Sophie Testa per FCSA

FEBBRAIO 2018

RIMeL / IJLaM 2009; 5

TAO: meglio la Medicina di Base o i Centri di Sorveglianza?

S. Testa, O. Paoletti, A. Alatri, A. Zimmermann, L. Bassi

Laboratorio Analisi Chimico Cliniche e Microbiologiche - Centro Emostasi e Trombosi, AO Istituti Ospitalieri, Cremona

1. CSA o Centri di Sorveglianza Specialistici
2. MMG
3. PST o Pazienti in Self Testing
4. PSM o Pazienti in Self Management

- Gestione TAO tramite software
- Consulenza e educazione paz
- Gestione complicanze tromb/emorr.
- Collaborazione con Lab
- Strategie di bridging therapy per OP
- Strategie di reversal therapy

1. CSA o Centri di Sorveglianza Specialistici
2. MMG
3. PST o Pazienti in Self Testing
4. PSM o Pazienti in Self Management

- Gestione TAO
- Verifica diretta interazione altre terapie
- Richiesta consulenze
- Gestione della bridging therapy per OP

- CSA migliore (-50%) per eventi emorragici
- CSA migliore (-75%) per eventi trombotici
- PST o PSM molto limitati (compliance)
- MMG vantaggio per il decentramento

160 RIMeL / IJLaM 2009; 5

TAO: meglio la Medicina di Base o i Centri di Sorveglianza?

S. Testa, O. Paoletti, A. Alatri, A. Zimmermann, L. Bassi

Laboratorio Analisi Chimico Cliniche e Microbiologiche - Centro Emostasi e Trombosi, AO Istituti Ospitalieri, Cremona

I 4 Comprensori Sanitari (2007)

Libretto riassuntivo
Schema a mano libera
Schema Word/Excel in iKis®

TAONET®

AUTONOME PROVINZ BOZEN – SÜDTIROL
PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO – ALTO ADIGE
PROVINZIA AUTONOMA DE BULSAN – SUDTIROL

Südtiroler Sanitätsbetrieb
Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Azienda Sanitera de Sudtirol

..era il ….	Prelievo	Impegnativa	Prescrittore	In Ematologia	Ritiro schema
1993	Ematologia, Med Int, CVT	Ematologia, Med Int, CVT	Ematologia, Med Int, CVT	Libretto personale	Reparto
1997	Ematologia, Med Int, CVT	Ematologia, Med Int, CVT	Ematologia, Med Int, CVT	Inserimento INR a mano in bundle dedicato (Prometeo®)	Reparto Email, fax
2003	Distretto Sanitaro Med Int, CVT	MMG, x8 Prelievo +visita	Ematologia, Med Int, CVT	TAONET® Schema excel	Distretto, email Reparto
2006	Distretto Sanitario Coagucheck® Emato Coagucheck® MMG	MMG, x8 Prelievo +visita	Ematologia, Med Int, CVT	TAONET® Emato e MMG Schema excel	
2010	Distretto Sanitario Coagucheck® Emato Coagucheck® MMG	MMG, x8 Prelievo +visita	Ematologia, Med Int	TAONET® Emato e MMG Schema excel	Distretto, email Reparto
2011	Distretto Sanitario Coagucheck® Emato Coagucheck® MMG	MMG, x8 Prelievo +visita	Ematologia	TAONET® Emato e MMG	Distretto, email
2015	Distretto Sanitario Coagucheck® Emato Coagucheck® MMG	MMG, x8 Prelievo +visita	Ematologia	TAONET® Emato e MMG Switch verso DOAC per TTR<60% per FA Lab.Ematologia accorpato al Centrale	Distretto, email
2022	Distretto Sanitario Coagucheck® Emato Coagucheck® MMG	MMG, x8 Prelievo	Ematologia	TAONET® Emato e MMG Switch verso DOAC per TTR<60% PT x NOTA 97 per FA	Distretto, email

DOAC e piano terapeutico AIFA 2015 Comprensorio di Bolzano

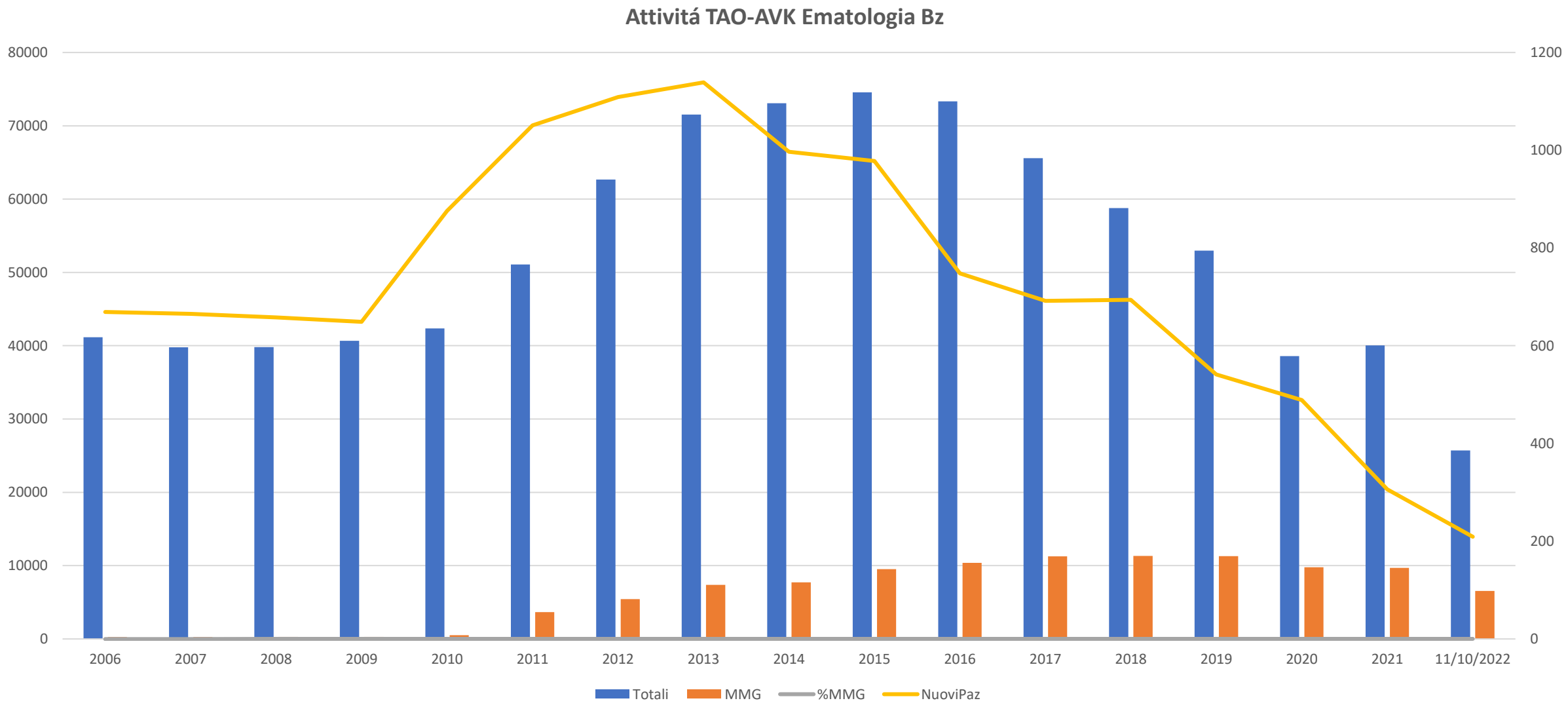
- Stimati circa 2000 pazienti FA con TTR <60% per passare a DOAC;
- TAO in Emato circa 300-350 schemi/die (gestione di 22 Distretti periferici);
- Impossibilità per attività in Ematologia assolvere alle prime visite;
- Creazione di un percorso per FA con TTR<60% coinvolgente MMG e poi Cardiologia (ambulatorio DOAC dedicato, CUP) per tornare in Emato con piano terapeutico per INR finale e switch verso DOAC e gestione MMG;
- Successiva apertura di altri 2 Ambulatori DOAC dedicati in Medicina interna e Geriatria.

…ma dopo un anno…

… dopo un anno…

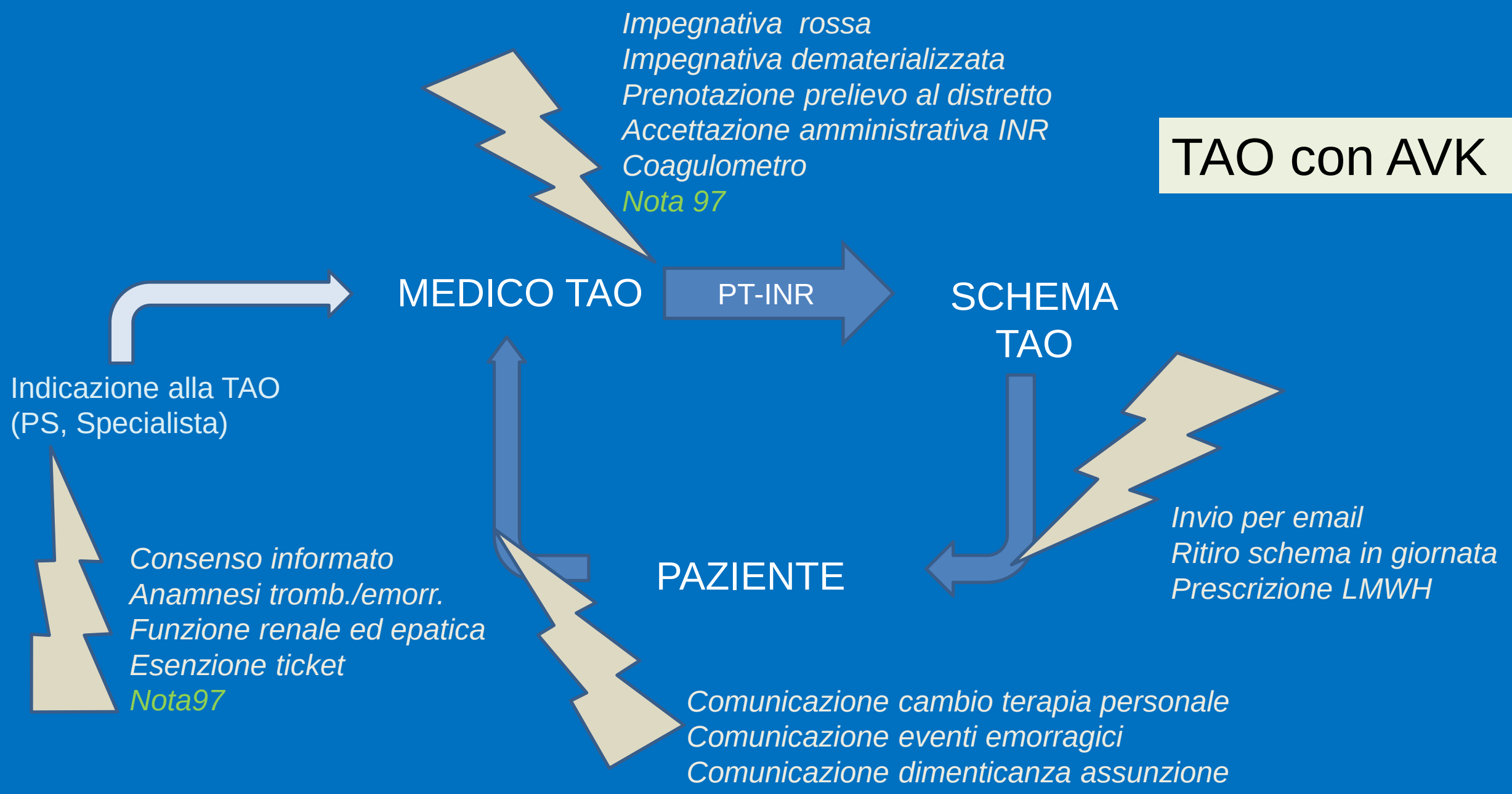
- Nonostante avvisi, negli Ambulatori dedicati alla valutazione dello switch da AVK, si sommano quelli del rinnovo annuale;
- La Medicina Interna si «smarca» e prescrive DOAC dalla diagnosi;
- In breve tempo si arriva alla saturazione con soluzioni inventate al momento, per continuità assistenziale (MMG non può redigere piano AIFA)
- Il tutto rimane confinato alla FA in quanto DOAC per TE non viene gestita dalla Cardiologia ed il CUP non differenzia le prenotazioni negli ambulatorio DOAC dedicati.

- Da 3 anni, per i problemi di «invisibilità» interdisciplinare del piano terapeutico in AIFA, ogni singolo Reparto prescrittore gestisce i propri pazienti per il rinnovo

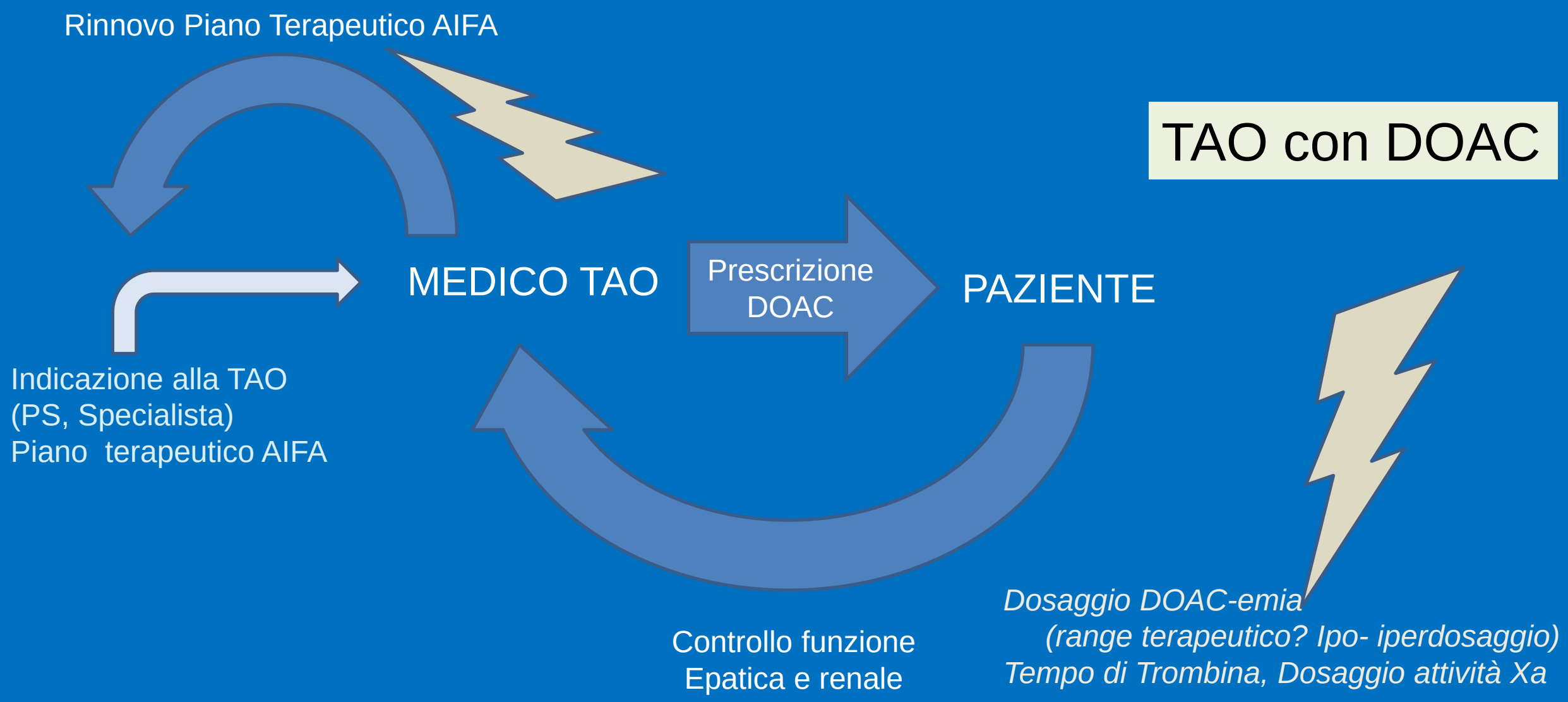


	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	11/10/2022
Totali	41163	39776	39807	40677	42347	51072	62669	71537	73083	74562	73338	65582	58772	52970	38573	40041	25703
MMG	262	254	292	285	526	3656	5441	7369	7708	9525	10385	11260	11320	11292	9793	9681	6552
%MMG	**0,64**	**0,64**	**0,73**	**0,70**	**1,24**	**7,16**	**8,68**	**10,30**	**10,55**	**12,77**	**14,16**	**17,17**	**19,26**	**21,32**	**25,39**	**24,18**	**25,49**
NuoviPaz	669	665	658	649	876	1051	1109	1139	997	978	748	692	694	541	489	306	209

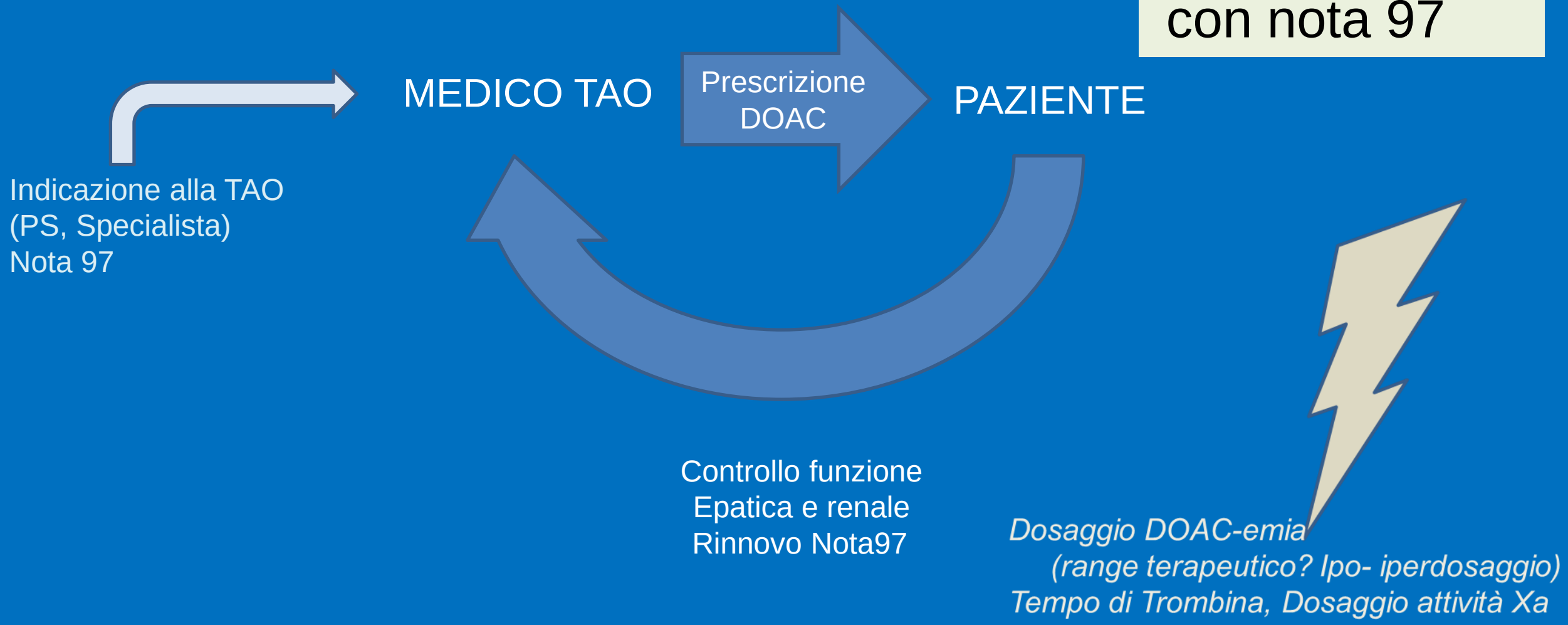
TAO con AVK


Impegnativa rossa
Impegnativa dematerializzata
Prenotazione prelievo al distretto
Accettazione amministrativa INR
Coagulometro
Nota 97
MEDICO TAO
PT-INR
SCHEMA TAO
Indicazione alla TAO
(PS, Specialista)
Invio per email
Ritiro schema in giornata
Prescrizione LMWH
PAZIENTE
Consenso informato
Anamnesi tromb./emorr.
Funzione renale ed epatica
Esenzione ticket
Nota97
Comunicazione cambio terapia personale
Comunicazione eventi emorragici
Comunicazione dimenticanza assunzione

TAO con DOAC


Rinnovo Piano Terapeutico AIFA
MEDICO TAO
Prescrizione DOAC
PAZIENTE
Indicazione alla TAO
(PS, Specialista)
Piano terapeutico AIFA
Controllo funzione
Epatica e renale
Dosaggio DOAC-emia
(range terapeutico? Ipo- iperdosaggio)
Tempo di Trombina, Dosaggio attività Xa

TAO con DOAC con nota 97



All. 3 alla Nota AIFA 97

Raccomandazioni pratiche sulla gestione della terapia anticoagulante orale con AVK in occasione di procedure diagnostiche e interventi chirurgici nei pazienti con FANV

Se un paziente in trattamento con un anticoagulante orale deve sottoporsi a procedure diagnostiche invasive o chirurgiche, la decisione di come gestire il trattamento anticoagulante richiede un accurato bilanciamento fra il rischio emorragico della procedura diagnostica/chirurgica ed il rischio trombotico conseguente alla eventuale sospensione dell'anticoagulante. La definizione del bilancio fra i benefici ed i rischi dovrà, essere fatta caso per caso.

La Tabella 3 riporta una classificazione delle principali procedure diagnostiche/chirurgiche sulla base del rischio emorragico associato. Il rischio trombo embolico è definito dal punteggio CHA2DS2-VASc.

Tabella 1. Classificazione delle principali manovre diagnostiche/chirurgiche rispetto al rischio emorragico.

Rischio emorragico Basso	Rischio emorragico Alto
▪ Estrazione dentaria (fino a 3 denti)* ▪ Chirurgia parodontale* ▪ Impianti odontoiatrici* ▪ Interventi per cataratta o glaucoma* ▪ Chirurgia cutanea minore* ▪ Endoscopie senza biopsia o resezione* ▪ **Endoscopie con biopsia** ▪ **Biopsie prostatiche o vescicali** ▪ **Studi elettrofisiologici, ablazione con radiofrequenze, angiografie** ▪ **Impianto di pacemaker**	▪ Anestesia lombare, epidurale ▪ Puntura lombare, neurochirurgia ▪ Legatura varici esofagee ▪ Polipectomia endoscopica ▪ Sfinterotomia e dilatazione stenosi ▪ Chirurgia toracica, addominale ▪ Chirurgia ortopedica maggiore ▪ Biopsie epatiche, renali ▪ Resezione prostatica trans-uretrale ▪ Litotrissia extracorporea con ultrasuoni

* In questi casi il rischio è considerato molto basso, se è possibile una buona emostasi locale

Pazienti in trattamento con AVK

Gli AVK, a causa della lunga durata d'azione, possono richiedere, a seconda del tipo di intervento e del rischio di sanguinamento associato, una modifica temporanea della posologia, la sospensione o il passaggio transitorio alle eparine a basso peso molecolare ("bridging"), sfruttando la breve durata d'azione di queste ultime. Questa modalità (anche se non sostenuta da studi randomizzati) è da anni prassi comune e si è dimostrata sicura ed efficace quando applicata in modo appropriato. Le Eparine a Basso peso molecolare sono autorizzate per tale indicazione secondo la L. 648, di cui dovranno essere seguite le modalità prescrittive.

In particolare, secondo le raccomandazioni dell'American College of Chest Physicians (ACCP; Chest 2012):

- se il paziente in AVK viene sottoposto a procedure diagnostiche/chirurgiche a **rischio di sanguinamento basso o molto basso** la terapia anticoagulante può essere proseguita, avendo cura di verificare che INR sia in range o leggermente sotto range (un valore tra 1,5 e 2 è considerato accettabile nella maggior parte dei casi);
- se il paziente viene sottoposto a **procedure diagnostiche/chirurgiche ad elevato rischio di sanguinamento** e presenta un **rischio tromboembolico basso** (CHA2DS2-VASc orientativamente ≤ 4), l'anticoagulante deve essere interrotto 5 giorni prima della procedura. Non è necessario effettuare il *bridging*, fatta eccezione per gli interventi che richiedono la somministrazione di eparina nel perioperatorio per la profilassi del tromboembolismo venoso;
- se il paziente viene sottoposto a **procedure diagnostiche/chirurgiche ad elevato rischio di sanguinamento** e presenta un **rischio trombo embolico elevato** (CHA2DS2-VASc orientativamente > 4), deve essere effettuato il passaggio transitorio alle eparine a basso peso molecolare ("bridging"), secondo un protocollo definito a livello locale e nel rispetto di quanto stabilito dalla L. 648/96 per questa indicazione delle eparine a basso peso molecolare.

Se non è stato effettuato il bridging con eparina riprendere l'AVK la mattina del giorno dopo la procedura, salvo diversa indicazione dell'operatore o del chirurgo.
Nel caso sia stato effettuato un bridging seguire i protocolli concordati localmente.

Pazienti in trattamento con NAO/DOAC

Le raccomandazioni della "practical guide" della EHRA 2018 basata sul parere di esperti suggeriscono di valutare:

- le caratteristiche del paziente (funzione renale, età, terapie concomitanti, storia di complicanze emorragiche);
- il NAO in uso;
- il rischio emorragico legato alla procedura/intervento chirurgico (si veda Tab. 3).

Nei pazienti in trattamento con NAO/DOAC il *bridging* con l'eparina non è mai necessario, nel caso si debba passare all'eparina o viceversa si può passare da un farmaco all'altro alla fine del rispettivo effetto.

Criteri di sospensione dei NAO/DOAC in caso di rischio emorragico basso

Nei pazienti con **normale funzione renale** gli esperti dell'EHRA suggeriscono di programmare la procedura a rischio emorragico **basso** almeno 24 ore dopo l'assunzione del NAO.

Nei pazienti **con funzione renale ridotta** la procedura andrebbe programmata tenendo conto della funzione renale e del farmaco in corso:

- pazienti in trattamento con ***dabigatran***:
  - se VFG <80 mL/min: almeno 36 h dopo l'ultima dose,
  - se VFG fra 50 e 30 mL/min: almeno 48 h dopo l'ultima dose,
- pazienti in cura con ***apixaban***, ***rivaroxaban ed edoxaban***:
  - per VFG fra 30-80 ml/min: almeno 24 h dopo l'ultima dose.
  - per VFG tra 15 e 30 mL/min: almeno 36 h dopo l'ultima dose.

Riprendere il NAO/DOAC non prima di 24 dopo la procedura/intervento salvo diversa indicazione dell'operatore o del chirurgo.

Nei pazienti sottoposti ad interventi a basso rischio emorragico in cui è possibile una buona emostasi locale , EHRA 2018 suggerisce di non interrompere il NAO, ma di sfruttare la fase temporale di minima azione del farmaco che corrisponde al momento che precede la somministrazione della dose successiva. I pazienti dovrebbero essere tenuti in osservazione finché le perdite ematiche legate alla procedura si sono risolte. La ripresa del NAO è consigliata 6 - 8 ore dopo il termine della procedura. In pratica si può programmare l'intervento dopo 18-24 h dall'ultima assunzione di farmaco. In questo modo in pratica si salterà l'assunzione di una dose per i NAO/DOAC ad assunzione bi giornaliera (dabigatran e apixaban), e nessuna dose per quelli a monosomministrazione.

Criteri di sospensione dei NAO/DOAC in caso di rischio emorragico alto

Per i pazienti a rischio elevato di emorragia è di fondamentale importanza che ogni realtà locale operi in stretta collaborazione con gli esperti dei centri prescrittori per condividere percorsi comuni e consentire che si attuino le procedure ottimali di sospensione e ripresa dei NAO.

Per tale scenario la Linea Guida EHRA riporta i seguenti criteri di sospensione:
Nei pazienti con **normale funzione renale** programmare la procedura a rischio emorragico **alto** almeno 48 ore dopo l'ultima dose di NAO.

Nei pazienti **con funzione renale ridotta** la procedura dovrebbe essere programmata:

- pazienti in trattamento con ***dabigatran***:
  - se VGF tra 50-79 ml/min: almeno 72 h dopo l'ultima dose
  - se VGF tra 30-49 ml/min: almeno 96 h dopo l'ultima dose
- pazienti in trattamento con ***apixaban***, ***rivaroxaban ed edoxaban***:
  - per VFG tra 15-80 mL/min: almeno 48 h dopo l'ultima dose.

Riprendere il NAO/DOAC non prima di 48 dopo la procedura/intervento salvo diversa indicazione dell'operatore o del chirurgo

…nel 2004…

OP, Scopie con Biopsia in Paziente in TAO

Rischio Trombotico

Alto

- **Protesi meccanica mitralica**
- **Protesi meccanica aortica non recente o associata a FA**
- **Protesi meccanica con pregresso TE arterioso**
- **FA con pregresso TE arterioso o valvulopatia mitralica**
- **Tromboembolismo cardiogeno o non spiegato**
- **TE recente <3mesi**
- **CHADS2=>3**

		LMWH	
giorno -5	No TAO		
giorno -4	No TAO	Start LMWH x2 se Sintrom	
giorno -3	No TAO	Start LMWHx2 se Coumadin	
giorno -2	No TAO	LMWH x2	
giorno -1	No TAO	LMWH x1	
OP	No TAO		OP OK se INR<1,5
giorno +1	TAO +50%	LMWH x1	
giorno +2	TAO +50%	LMWH x2	
giorno +3	TAO	LMWH x2	
Sospendere LMWH dopo 2 gg di PT in range			

Basso – Intermedio

- **Tutti gli altri casi che necessitano TAO**

		LMWH	
giorno -5	No TAO		
giorno -4	No TAO	Start LMWH x1 se Sintrom	
giorno -3	No TAO	Start LMWHx1 se Coumadin	
giorno -2	No TAO	LMWH x1	
giorno -1	No TAO	LMWH x1	
OP	No TAO		OP OK se INR<1,5
giorno +1	TAO +50%	LMWH x1	
giorno +2	TAO +50%	LMWH x1	
giorno +3	TAO	LMWH x1	
Sospendere LMWH dopo 2 gg di PT in range			

Ma… «Chi» fa «Cosa»?

Südtiroler Sanitätsbetrieb — Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Azienda Sanitera de Sudtirol

Betriebsdirektion | **Direzione Aziendale**

Procedura

Gestione della terapia anticoagulante/antiaggregante in pazienti che devono sottoporsi a procedure di endoscopia digestiva

Bibliografia:

//

Autrici/autori (responsabili del contenuto e della sua elaborazione):

Dott. Jerin Agaj, Chirurgia generale ospedale Vipiteno
Dott. Matthias Crepaz, Medicina Interna ospedale Brunico
Dott. Alois Habicher, Chirurgia generale ospedale Bressanone
Dott. Michael Häfner, Dott.ssa Lucia Piazzi e Dott. Michele Comberlato, Gastroenterologia ospedale Bolzano
Dott. Gottfried Kühebacher, Medicina Interna ospedale S. Candido
Dott. Oreste Pieramico, Medicina Interna ospedale Silandro
Dott. Jürgen Seeber, Medicina Interna ospedale Bressanone
Dott. Günther Sitzmann, Chirurgia generale ospedale Brunico
Dott.ssa Roberta Vanzetta, Ripartizione Assistenza Ospedaliera

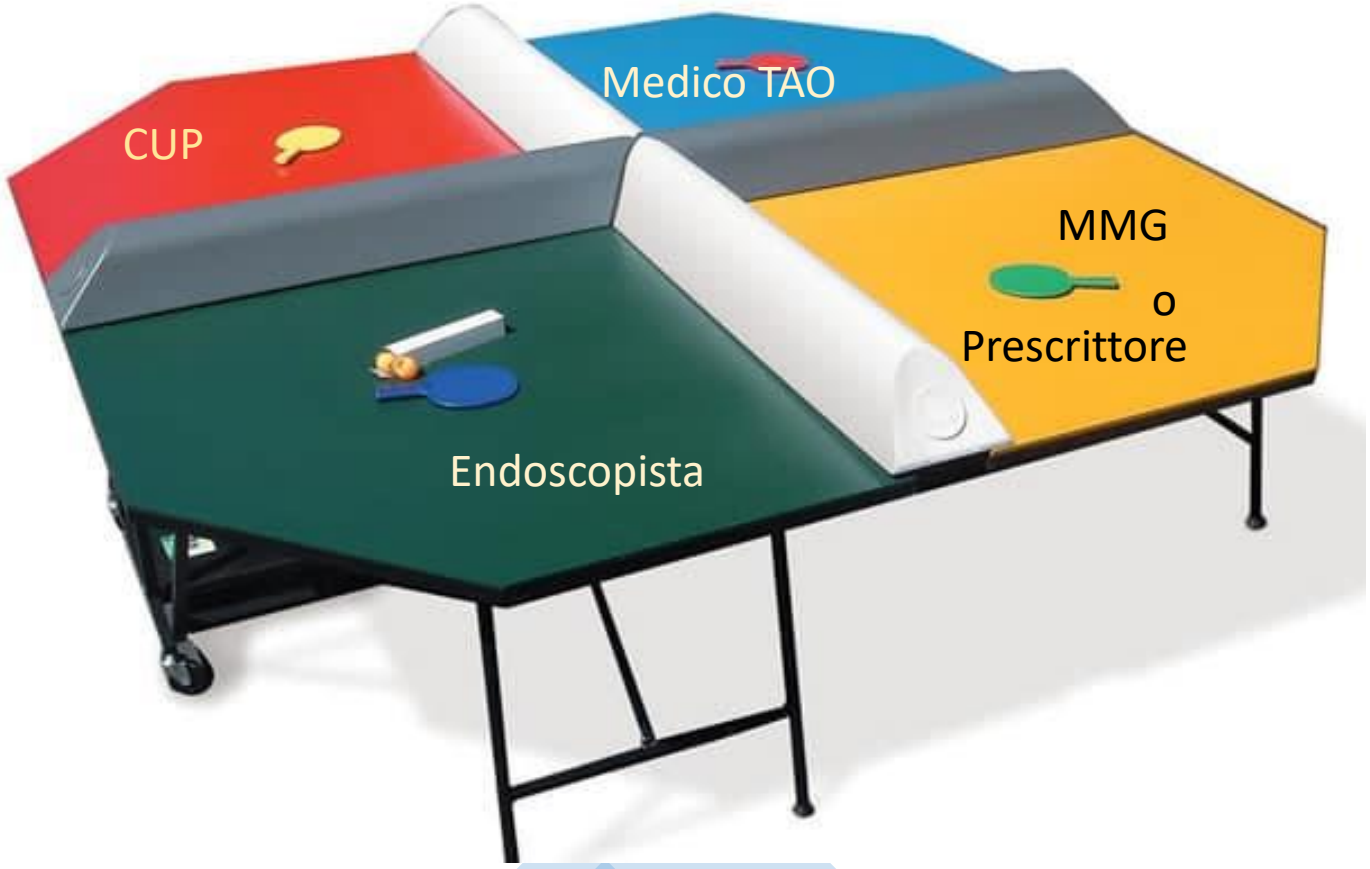
Allegati:

//

Rilasciato da: Direttore Sanitario e Direttrice Tecnico-assistenziale | Data di rilascio: 9.7.2018 | ID: 1666/18
Rev Nr. 00 | Revisione programmata: 8.7.2021 | Pagina 4 di 4

Data di rilascio: 9.7.2018

Revisione programmata: 8.7.2021



https://www.aifa.gov.it/nota-97

MENU AIFA Agenzia Italiana del Farmaco

Nota 97

Farmaci in Nota: **AVK**: Warfarin, Acenocumarolo - **NAO/DOAC**: Dabigatran, Apixaban, Edoxaban, Rivaroxaban

La prescrizione della terapia anticoagulante orale è a carico del SSN limitatamente alla FANV e nel rispetto del percorso decisionale illustrato ai punti A, B, C, D (vedi Nota AIFA 97).

La prescrizione dovrà essere accompagnata dalla compilazione della scheda di valutazione prescrizione e follow-up di cui all'allegato 1 da parte dello specialista o del Medico di Medicina Generale. Una copia della scheda dovrà essere conservata dal prescrittore e una consegnata al paziente, in previsione del successivo aggiornamento periodico in occasione del follow-up.

Il regime di fornitura delle altre indicazioni degli AVK e dei NAO/NOAC rimane invariato.

In sintesi:

La terapia anticoagulante nella FANV deve essere personalizzata considerando innanzitutto il rischio trombo-embolico ed emorragico individuale, ma anche le caratteristiche di ciascun paziente tenendo conto in particolare della presenza di fattori in grado di influenzare la scelta terapeutica (es. le terapie farmacologiche concomitanti, la storia clinica, le patologie concomitanti e la compliance al trattamento).

In particolare, la prescrizione di una terapia anticoagulante richiede una più accurata valutazione nei soggetti anziani/grandi anziani.

Si tratta infatti di una popolazione ad alto rischio sia embolico sia emorragico, a maggior rischio di repentine variazioni nella funzionalità renale anche di notevole entità sia per condizioni intercorrenti (febbre, disidratazione, scompenso cardiaco, ecc.) sia per gli effetti di trattamenti concomitanti (ACE inibitori, sartani, diuretici, ecc.).

In questi soggetti è necessario uno stretto monitoraggio clinico e di laboratorio per cogliere tempestivamente variazioni che richiedano una rivalutazione del tipo e/o del dosaggio del farmaco anticoagulante utilizzato.

Si veda allegato 1 per:

- Scheda di valutazione prescrizione e follow-up per AVK e NAO/DOAC nella Fibrillazione atriale non valvolare (FANV). La scheda contiene un minimum data set di dati da raccogliere attraverso modalità decise dalle singole Regioni

Si veda allegato 2 per:

- Caratteristiche farmacologiche di AVK e NAO/DOAC
- Controindicazioni/avvertenze d'uso
- Dosaggi e modalità di somministrazione e follow-up
- Passaggio da AVK a NAO/DOAC
- Passaggio da NAO/DOAC ad AVK
- Avvertenze particolari
- Domande frequenti

!!!

Si veda allegato 3 per:

- Raccomandazioni pratiche sulla gestione in occasione di procedure diagnostiche/chirurgiche:
  - in pazienti in trattamento con AVK
  - in pazienti in trattamento con NAO/DOAC

Scheda di valutazione prescrizione e follow-up della terapia anticoagulante orale con AVK e NAO/DOAC nei pazienti con FANV
Bewertungsblatt für die Verschreibung und das Follow-up der oralen Antikoagulationstherapie mit VKA und NOAK/DOAK bei Patienten mit nvVF

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione della terapia anticoagulante e del follow-up periodico (medico specialista, medico di medicina generale)
Vom verschreibenden Arzt auszufüllen, welcher den Patienten im Rahmen der Behandlung der gerinnungshemmenden Therapie und des periodischen Follow-up betreuen wird (Facharzt, Arzt für Allgemeinmedizin)

scheda di valutazione e di prescrizione
Bewertungs- und Verschreibungsbogen

N. di protocollo PT elettronico assegnato dal Sistema TS:

Durch das "Sistema TS" zugewiesene Protokoll-Nr. des elektronischen TP: FANV0A000001822934000

Medico prescrittore / Verschreibender Arzt: GIOVANNI AMADDII
Codice fiscale / Steuernummer: MDDGNN62H02G284E

Tel. / Tel.: 000000000
specialista in: / Facharzt in: Medicina Interna

U.O.: ✓ OpE Hämatologie und Knochenmarktransplantati (86)
Az. Sanitaria: ✓ Sanitätsbetrieb Bolzano - P.A., AZIENDA SANITARIA DELL'ALTO ADIGE

Paziente (nome e cognome) / Patient (Vor- und Nachname): JOSEF PL[illegible]
Sesso: M F / Geschlecht: ✓ M ☐ W

Data di nascita / Geburtsdatum: 18/03/1944
Codice fiscale / Steuernummer: [illegible]44C18[illegible]

Residenza / Wohnsitz: REI[illegible] [illegible]DE 14 [illegible]

Verificata la presenza delle seguenti condizioni:
Das Vorliegen der folgenden Konditionen festgestellt:

A) diagnosi clinica e elettrocardiografica di FANV
Klinische und elektrokardiographische Diagnose von nvVF ✓

B) e C) risultato del bilancio fra rischio trombo-embolico e rischio emorragico: favorevole per:
Ergebnis der Balance zwischen Thromboembolie- und Blutungsrisiko: ✓ günstig für:

Punteggio CHA2DS2-VASc
Punktezahl CHA2DS2-VASc 4

Rischio emorragico
Blutungsrisiko Niereninsuffizienz, Alter >65 Jahre

Altro fattore di rischio emorragico
Weiterer Risikofaktor für Blutungen

Indicare eventuali fattori di rischio presenti/Eventuelle bestehende Risikofaktoren angeben

Creatinina (mg/dL) / Kreatinin (mg/dL): 2.4
VFG (mL/min) / GFR (mL/min): 19
Hb (g/dL) / Hb (g/dL): 12.1

Proposta di strategia terapeutica
D) Vorschlag der Therapiestrategie

AVK: ✓ VKA:
Warfarin: ✓ Warfarin
Acenocumarolo: ☐ Acenocumarol
target di INR: / **INR-Ziel:** 2.5

Data prevista per il follow-up:
Geplanter Termin für das Follow-up: 15/10/2022

La validità della prima prescrizione è al massimo di 6 mesi.
Die Gültigkeit der ersten Verschreibung beträgt maximal 6 Monate.

- La TAO (sia essa con AVK che con DOAC) necessita di organizzazione clinica, burocratica ed operativa concertata, possibilmente utilizzando la stessa piattaforma informatica condivisa tra ospedale e periferia.

- Qualsiasi decisione «personale» anche di un solo step della gestione TAO è destinata a creare più confusione gestionale se non concertata con le altre figure mediche o amministrative coinvolte;

- Il Medico TAO deve essere competente non solo nella prescrizione ma anche nella gestione delle complicanze, interpretazione del laboroatorio, interazione con altri farmaci e nella bridging therapy per interventi chirurgici in elezione

- Si spera che anche in ambito chirurgico si arrivi, come per l’antiaggregazione, ad un’autonomia decisionale sui DOAC in vista di interventi chirurgici in elezione