

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 __ / __ / ____
PROBLEMA	<i>Crociare solo la voce che interessa e descrivere brevemente il problema, ove indicato.</i>		
DEVO ASSUMERE NUOVI FARMACI <input type="checkbox"/>	Specificare nome del farmaco, dosaggio e durata della Terapia _____	Terapia già iniziata?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì Data inizio terapia __ / __ / ____
DEVO SUBIRE UN INTERVENTO <input type="checkbox"/>	Specificare tipologia intervento _____	Data prevista intervento __ / __ / ____	
DEVO SUBIRE UNA ENDOSCOPIA <input type="checkbox"/>	Gastroscoopia <input type="checkbox"/> Colonscopia <input type="checkbox"/>	In Humanitas Gradenigo? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO	Data prevista procedura __ / __ / ____
DEVO SUBIRE UNA PROCEDURA INVASIVA (agobiopsie, biopsie, etc.) <input type="checkbox"/>	Specificare tipologia procedura	In Humanitas Gradenigo? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO	Data prevista procedura __ / __ / ____
DEVO SUBIRE UN TRATTAMENTO ODONTOIATRICO <input type="checkbox"/>	Specificare tipologia trattamento (estrazione dentaria, implantologia, detartrasi, etc.) _____	Data prevista intervento __ / __ / ____	
DEVO FARE INFILTRAZIONI <input type="checkbox"/>	Specificare sede corporea _____	Data prevista intervento __ / __ / ____	

DEVO FARE CORONAROGRAFIA O ALTRA PROCEDURA CARDIOLOGICA <input type="checkbox"/>	Specificare procedura _____		Data prevista intervento __ / __ / ____
DEVO PARTIRE PER UN VIAGGIO <input type="checkbox"/>	Località _____	Durata soggiorno _____	Data prevista partenza __ / __ / ____
DEVO FARE UNA VACCINAZIONE <input type="checkbox"/>	Specificare tipo vaccino _____		Data presunta vaccino __ / __ / ____
HO LA FEBBRE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sto assumendo antibiotici <input type="checkbox"/> Sto assumendo antipiretici <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____		Data inizio assunzione __ / __ / ____
HO MACCHIE ROSSASTRE SULLA PELLE <input type="checkbox"/>	Indicare le sedi corporee interessate _____		Da quanto tempo sono comparse?
HO PRURITO <input type="checkbox"/>	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.) <input type="checkbox"/>	Specificare _____ _____		Da quanto tempo è insorta la sintomatologia? _____