



Laboratorio analisi cliniche Dott. Fioroni A. & C. s.a.s.

Viale A. De Gasperi, 19 - San Benedetto del Tronto (AP)

Tel. 0735.84847 Fax 0735.84847

E-mail: fioroni@fioroni.it



SCHEDA PERSONALE per il MONITORAGGIO TERAPIA ANTICOAGULANTE

Valore Target _____ - _____ INR Medico Curante _____ ANNO _____

GIORNO	Data	INR	Numero Compresse	GIORNO	Data	INR	Numero Compresse	GIORNO	Data	INR	Numero Compresse
Lunedì				Lunedì				Lunedì			
Martedì				Martedì				Martedì			
Mercoledì				Mercoledì				Mercoledì			
Giovedì				Giovedì				Giovedì			
Venerdì				Venerdì				Venerdì			
Sabato				Sabato				Sabato			
Domenica				Domenica				Domenica			
Lunedì				Lunedì				Lunedì			
Martedì				Martedì				Martedì			
Mercoledì				Mercoledì				Mercoledì			
Giovedì				Giovedì				Giovedì			
Venerdì				Venerdì				Venerdì			
Sabato				Sabato				Sabato			
Domenica				Domenica				Domenica			
Lunedì				Lunedì				Lunedì			
Martedì				Martedì				Martedì			
Mercoledì				Mercoledì				Mercoledì			
Giovedì				Giovedì				Giovedì			
Venerdì				Venerdì				Venerdì			
Sabato				Sabato				Sabato			
Domenica				Domenica				Domenica			

Ha avuto malattie che hanno richiesto nuovi farmaci ?

SI

NO

Se si quali: _____

Terapia associata all'anticoagulante: _____

