



Datos de identificación del paciente

Solicitud de control de tratamiento anticoagulante oral / antitrombótico

Tratamiento antitrombótico a controlar

1. Anticoagulantes orales: Paciente previamente anticoagulado ☐ No ☐ Si*

* Indiquen fármaco, centro de control, fecha del último control y última dosis

2. Otros (indicar)

Indicación del tratamiento antitrombótico

Sólo pacientes ingresados

Motivo de ingreso (si cirugía, tipo y fecha de intervención)

Tratamiento antitrombótico actual

	Presentación	Dosis	Fecha de inicio
☐ Heparina /Heparina de bajo peso molecular			
☐ Anticoagulante oral			
☐ Antiagregante			
☐ Otros			

Antecedentes, contraindicaciones o tratamientos que puedan condicionar el control

☐ Neoplasia activa	☐ Dieta absoluta	☐ Carbamazepina	☐ Antiagregantes (indicar cual):
☐ Insuficiencia cardíaca	☐ Diarrea	☐ Rifampicina	☐ Sangrado reciente o activo (indicar localización)
☐ Gestación	☐ Vómitos	☐ Amiodarona	

Otros comentarios del médico prescriptor

Peso aproximado del paciente:

Solicitado por Dr	Firma	Fecha
Servicio		

Notas sobre el control del tratamiento anticoagulante:

1. En pacientes ingresados: de forma general esta consulta no será presencial (excepto criterio del hematólogo). Los controles sucesivos serán programados desde el servicio de hematología y la pauta de tratamiento se indicará en el informe de laboratorio.
2. Debe cubrirse de forma completa el formulario.
3. Cualquier incidencia que modifique el control del tratamiento (suspensión del mismo, hemorragia, actividad diagnóstica/terapéutica cruenta, alta...) debe ser indicada al Sº de hematología por teléfono (extensión 38311).