

MODULO DI RICHIESTA PER ESECUZIONE RICERCA LUPUS LIKE ANTICOAGULANT (LAC)

Dati anagrafici del paziente

Cognome..... Nome.....

Data di nascita.....

Data e ora del prelievo.....

Quesito diagnostico.....

.....

Anamnesi:

	TVP
	TEP
	Trombosi arteriosa
	IMA
	ICTUS
	Sindrome da anticorpi antifosfolipidi
	Gravidanza
	Aborto spontaneo I episodio
	Aborto spontaneo ricorrente
	Recidiva TVP/TA/TEP
	Pregressa positività per LAC
	Patologie autoimmuni

Altro.....

Data dell'evento.....

Terapia in corso:

	Nessuna
	Antagonisti della vit. K (TAO)
	DOAC
	Antiaggreganti
	Eparina non frazionata
	Eparina a basso peso molecolare
	Terapia estroprogestinica

Data e ora ultima somministrazione

.....

NB: ai fini di una refertazione ottimale il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte

Data.....

Il richiedente.....