



## HOJA DE PETICIÓN DE ANTICOAGULACIÓN

### DATOS FILIACIÓN

Nombre:

Edad:

UGC/Servicio:

CAMA:

Facultativo solicitante:

Urgente  Normal

### DATOS CLÍNICOS

Motivo de Ingreso:

Peso:

Creatinina:

Hipertransaminemia (AST/ALP/AP x3): Sí  No

Hª previa de sangrados: Sí  No

Dieta Absoluta: Si  No

### Medicación Actual

Anticoagulantes orales

Antivitamina K (Sintrom Warfarina o similares)

Nuevos ACO (Dabigatram, rivaroxaban, etc.)

Heparinas

Bajo peso

No fraccionadas

Antiagregantes:

### Tipo de anticoagulación solicitada:

Heparina (bajo peso)

Anticoagulación Oral

### Nota:

1.- La petición deberá estar totalmente cumplimentada, el nombre del médico con letra clara, la suspensión del tratamiento o cualquier otro cambio deberá ser comunicada al servicio de Hematología mediante nueva hoja de consulta.

### Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Hospital "La Inmaculada" & Distrito A. P. "Levante Alto Almanzora"

Avda. Dra. Ana Parra, s/n

04600 Huércal-Overa (ALMERIA)

Teléfono: 950 02 90 00

