

FORMULAR DE COLECTARE A INFORMAȚIILOR DESPRE PACIENT

În vederea recoltării de probe biologice pentru teste de coagulare pentru trombofilie

Nume și prenume:

Vârsta:

Telefon:

Medicul solicitant:

- | | | |
|---|---|-----------------------------|
| 1. SARCINĂ: | <input type="checkbox"/> DA (Vârsta sarcinii:.....) | <input type="checkbox"/> NU |
| 2. FUMĂTOR: | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NU |
| 3. UTILIZARE DE CONTRACEPTIVE ORALE, ESTROGENI: | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NU |
| 4. TRATAMENTE CU ANTICOAGULANTE: | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NU |
| 5. TRATAMENTE CU VITAMINA K: | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NU |
| 6. PIERDERI RECURENTE DE SARCINĂ (>=2): | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NU |
| 7. ALTE COMPLICAȚII ALE SARCINII:
(naștere prematură, întârziere de creștere intrauterine, făt mort) | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NU |
| 8. DIABET ZAHARAT: | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NU |
| 9. TRATAMENTE CU ANTIBIOTICE:
anti-inflamatoare/analgezice (aspirina, paracetamol, ketonal, etc.),
antiaritmice (chinina, procainamida) în ultimele 2 săptămâni | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NU |

NOTE:

- Se recomandă efectuarea testării după 2 săptămâni de la întreruperea tratamentului anticoagulant oral și după două zile de la întreruperea tratamentului cu Heparina nefracționată.
- În cazul administrării unui preparat de heparina cu greutate moleculară mică (Clexane, Lovenox, Fraxiparina, Innohep), recoltarea se face la 12 ore după administrare

Am fost informat(ă) cu privire la:

- faptul că datele mele cu caracter personal, incluzând datele de identitate și datele cu privire la starea de sănătate sunt înregistrate, prelucrate și comunicate de Clinica Sante în scopul satisfacerii solicitării mele de investigații medicale, în conformitate cu reglementările în vigoare privind protecția datelor cu caracter personal.
- drepturile mele legate de protecția datelor cu caracter personal în conformitate cu reglementările în vigoare în domeniu

Sunt de acord cu:

- înregistrarea și prelucrarea datelor mele cu caracter personal de către Clinica Sante, în scopul satisfacerii solicitării mele de investigații medicale
- modalitatea de comunicare a rezultatelor investigațiilor medicale solicitate

Semnătură pacient:

FL 4.5-11

Semnătură asistent recoltare:

Ediția 7/01.04.2020, revizia 1/30.10.2020

