



INFORME MÉDICO PARA VISADO DE RECETAS DE ANTICOAGULANTES ORALES ACCIÓN DIRECTA (ACOD)

(Debe estar completo para su tramitación)

☐ NUEVO
☐ RENOVACIÓN

1. PACIENTE:

NOMBRE Y APELLIDOS:

NÚMERO DE AFILIACIÓN A MUFACE:

FECHA NACIMIENTO:

POBLACION:

2. FACULTATIVO:

NOMBRE Y APELLIDOS:

NUMERO COLEGIADO:

ESPECIALIDAD:

3. DIAGNÓSTICO:

- ☐ PREVENCIÓN DEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TEV) EN PACIENTES ADULTOS
SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA DE REEMPLAZO DE CADERA O RODILLA
- ☐ FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR
- ☐ TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA
- ☐ TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

4. TRATAMIENTO:

- POSOLOGÍA:
- DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:
- FECHA INICIO TRATAMIENTO (PARA RENOVACIONES):

5. ACLARAMIENTO DE CREATININA (mL/min):

6. FACTOR DE RIESGO (Necesario especificar):

- ☐ ICTUS O ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO (AIT) PREVIOS
- ☐ EDAD MAYOR O IGUAL A 75 AÑOS
- ☐ HIPERTENSIÓN
- ☐ DIABETES MELLITUS
- ☐ INSUFICIENCIA CARDIACA SINTOMÁTICA (MAYOR O IGUAL CLASE 2 ESCALA NYHA)

7. CRITERIOS Y OBSERVACIONES DE INCLUSIÓN (En caso necesario, especificar y aportar informes que avalen la inclusión).

LUGAR, FECHA, SELLO Y FIRMA DEL FACULTATIVO

INFORME DEL ASESOR (indíquese lo que proceda)

- ☐ FAVORABLE
- ☐ DESFAVORABLE POR

Este informe tendrá validez durante el tiempo señalado en el mismo. Si no se especificara éste, o fuera por tiempo indefinido, se considerará válido durante **12 meses**.