



Scheda per la valutazione del rischio di tromboembolismo venoso in **OSTETRICIA**

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita ___/___/___ cc _____

FATTORI DI RISCHIO TEV

➤ **RELATIVI ALL'ESPLETAMENTO DEL PARTO**

- Parto via vaginale = 1.....
- Parto cesareo elettivo = 2.....
- Parto cesareo in urgenza = 3.....

➤ **RELATIVI ALLA PAZIENTE**

DEBOLI/MODERATI = 1 PUNTO per ogni item selezionato.....

- | | |
|---------------------------------|---|
| □ Età > 35 anni | □ Malattia infiammatoria cronica dell'intestino |
| □ Pre-eclampsia | □ Infezioni gravi |
| □ Distacco di placenta | □ Sindrome nefrosica |
| □ Parto operativo vaginale | □ Disidratazione |
| □ Parità > 4 | □ Obesità grave (BMI > 30) |
| □ Travaglio > 4 ore | □ Pregressa chirurgia maggiore |
| □ Iperemesi gravidica | □ Edema arti inferiori |
| □ Iperstimolazione ovarica | □ Varici arti inferiori |
| □ Prolungata immobilità a letto | □ Paralisi di uno o più arti |

ALTO = 3 PUNTI per ogni item selezionato.....

- Pregressa TVP (1 solo episodio)
- Diatesi trombofilica

ELEVATO = 5 PUNTI per ogni item selezionato.....

- | | |
|------------------------|--|
| □ Pregresso TEV | □ Trattamento in corso con anticoagulanti orali |
| □ Diatesi trombofilica | □ Trauma grave (soprattutto con fratture di colonna vertebrale, pelvi, arti inferiori) |

VALUTAZIONE GLOBALE DEL RISCHIO DI TEV **TOTALE**

Data ___/___/___

FIRMA DEL MEDICO _____

STRATEGIE PREVENTIVE CONSIGLIATE

<u>Valutazione</u>	<u>Rischio</u>	<u>Azione</u>
1-2	basso	mobilizzazione precoce
3	al parto	terapia farmacologica (durata di norma 7 giorni e/o successivamente da valutare in caso di immobilità)
4	al puerperio	terapia farmacologica (durata : 6 settimane dopo il parto)
≥ 5	in gravidanza, al parto e al puerperio	terapia farmacologica (tutta la gravidanza e 6 settimane nel puerperio)

Priam di iniziare la profilassi

- Valutare rapporto rischio/beneficio
- Discutere la profilassi con la paziente
- Discutere la scelta con i colleghi con competenze specifiche (ematologi)
- Pianificare i tempi e le modalità di profilassi in modo da minimizzare il rischio emorragico

Non si pratica la profilassi per _____

Data ___ / ___ / _____

FIRMA DEL MEDICO _____