

## CHECKLIST DI IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE AD ALTO RISCHIO DI SANGUINAMENTO (HBR)

### PAZIENTE

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Data della procedura: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### CRITERI MAGGIORI

Necessità di terapia anticoagulante orale a lungo termine

Sanguinamento spontaneo che ha richiesto ospedalizzazione o trasfusione ( $\leq 6$  mesi o ricorrente)

Ictus ischemico moderato o severo ( $\leq 6$  mesi)

eGFR  $< 30$  mL/min

Emoglobina  $< 11$  g/dL

Piastrinopenia PLT  $< 100 \times 10^9/L$

Diatesi emorragica

Cirrosi epatica con ipertensione portale

Tumore attivo  $< 12$  mesi

Chirurgia maggiore non differibile

Chirurgia o trauma maggiore ( $< 30$  giorni)

Emorragia intracranica traumatica ( $< 12$  mesi)

Malformazione arterovenosa cerebrale

### CRITERI MINORI

Età  $\geq 75$  anni

Sanguinamento spontaneo che ha richiesto ospedalizzazione o trasfusione ( $> 6$  e  $< 12$  mesi, non ricorrente)

Ictus ischemico ( $> 6$  mesi)

eGFR 30-59 mL/min

Emoglobina 11-12.9 g/dL (M)  
Emoglobina 11-11.9 g/dL (F)

Uso cronico di FANS o Steroidi

NUMERO DI CRITERI MAGGIORI \_\_\_\_

NUMERO DI CRITERI MINORI \_\_\_\_

Definizione HBR:

$\geq 1$  Criterio Maggiore o  $\geq 2$  Criteri Minori

Paziente HBR?

SI

NO