



FEDERAZIONE
CENTRI PER LA DIAGNOSI
DELLA TROMBOSI E LA
SORVEGLIANZA DELLE TERAPIE
ANTITROMBOTICHE (**FCSA**)

www.fcsa.it

MODULO PER DOMANDA DI ISCRIZIONE NUOVI CENTRI ORDINARI FCSA

REGIONE:.....

CITTÀ' (SIGLA PROVINCIA).....

DIZIONE DEL CENTRO E/O REPARTO PRESSO CUI OPERA.....

OSPEDALE/CLINICA.....

INDIRIZZO

(dove si recano i pazienti e recapito postale).....

.....CAP.....

Tel.(pref/num).....Fax:.....

IMPORTANTE compilare SEMPRE i campi sottostanti.

Dati per fatturazione della QUOTA ASSOCIATIVA :

Nome/Cognome e Codice fiscale se persona fisica e/o Partita IVA

Indirizzo a cui inviare la fattura :

Se Struttura Sanitaria indicare esattamente i dati dell' Ente e Partita IVA

Indirizzo a cui inviare la fattura :

RAPPRESENTANTE PER FCSA:.....
(1 solo nome e cognome)

E-MAIL (campo obbligatorio per tutte le future comunicazioni con FCSA)

.....

REFERENTE PER LA SORV. CLINICA.....
(solo se diverso dal Rappresentante e dal Referente per il laboratorio)

E-MAIL

REFERENTE PER IL LABORATORIO.....
(solo se diverso dal Rappresentante e dal Referente per la sorveglianza clinica)

E-MAIL

ALTRE INFORMAZIONI PER FCSA

Nome del Primario/Direttore del Reparto/Istituto

Il Primario ha dato il suo assenso alla costituzione del Centro [SI]

(alla FCSA deve pervenire consenso scritto)

ATTIVITA' AMBULATORIALE

Ubicazione Ambulatorio per prelievo e consegna referto con prescrizione terapeutica:

Centro/Reparto

Via/piazza

CittàCAP.....

TelefonoFax

**Giorni di apertura
(con orario)**

dalle

alle

Lunedì	.....	.....
Martedì	.....	.....
Mercoledì	.....	.....
Giovedì	.....	.....
Venerdì	.....	.....
Sabato	.....	.....

Il referto con prescrizione terapeutica viene consegnato al paziente in giornata? SI [] NO []

Accettazione giornaliera dei pazienti

Viene eseguita indagine anamnestica patologica recente? SI [] NO []

Viene eseguita indagine anamnestica farmacologica? SI [] NO []

Da chi?

Medico [] Tecnico [] Biologo [] Infermiere []

Consegna referto con prescrizione terapeutica

Consegnato al paziente con colloquio diretto?

Se SI, da chi?

Medico [] Tecnico [] Biologo [] Infermiere []

Prestazioni urgenti

Vi è disponibilità di prestazioni urgenti (ore notturne e festivi)? SI [] NO []

Consulenza per pazienti ricoverati in altri reparti

Viene richiesta la prestazione del Centro per:

[] sola determinazione livello di coagulazione

[] contestuale prescrizione terapeutica.

Prelievi domiciliari

Esiste un servizio di prelievi al domicilio del paziente? SI [] NO []

Se SI, da chi è espletato?

AUSL [] Pers. Centro [] Medico curante [] Altro

Consulenze per i pazienti in TAO

Esiste un supporto di consulenza specialistica per i pazienti da Voi seguiti? SI [] NO []

Se SI, quali?

[] Cardiologico [] Cardiochirurgico [] Chirurgico Vascolare

[] Angiologico [] Odontoiatrico

ATTIVITA' DI LABORATORIO

Sede di esecuzione della parte laboratoristica:

Via/piazza

CittàCAP

TelefonoFax

Tromboplastina usata:

denominazione commerciale

ditta

valore ISI

Esprime il risultato in INR?	SI []	NO []
Intende partecipare al controllo di qualità FCSA?	SI []	NO []
Utilizza programmi informatici per la gestione della TAO?	SI []	NO []
Se SI, quali?		