

## АНКЕТА

### 1. Принимаемые препараты

Название препарата	Доза	Кратность приема (1 или 2 раза в сутки)	Последний прием препарата (дата, время)
КЛЕКСАН			
ФРАКСИПАРИН			
ФРАГМИН			
ТРОМБОАСС			
КАРДИОМАГНИЛ			
ПРАДАКСА			
КСАРЕЛТО			
ЭЛИКВИС			
ВАРФАРИН			
ГЕПАРИН			
ВЕССЕЛ-ДУЕФ (СУЛОДЕКСИД)			
КОК (комбинированные оральные контрацептивы)			
ДИВИГЕЛЬ			
ПРОГИНОВА			

2. **Ф.И.О. направившего врача/самообращение** (указать) \_\_\_\_\_  
тел. для обратной связи \_\_\_\_\_
3. **Для небеременных женщин:** день менструального цикла: \_\_\_\_\_  
дата родов в течение последних 3-ех месяцев: \_\_\_\_\_
4. **Для беременных женщин:** срок беременности: \_\_\_\_\_  
кол-во плодов: \_\_\_\_\_

Я подтверждаю, что проинформирована своим лечащим врачом о правилах подготовки, времени сдачи крови на анализ Тромбодинамики \_\_\_\_\_