



ASSOCIAZIONE VENETA PER  
L'EMOFILIA E LE COAGULOPATIE OdV  
Iscrizione al RUNTS n. 67048 del 4.11.22

## PERSONA CON ALTO RISCHIO EMORRAGICO

**Nome Cognome** \_\_\_\_\_  
**affetto/a da** \_\_\_\_\_  
**grave carenza di FATTORE DELLA COAGULAZIONE** \_\_\_\_\_

In caso di emergenza contattare:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Centro Malattie Emorragiche e Trombotiche - Ospedale di VICENZA

+39 0444 753679

+39 0444 753607 (weekend ed emergenze notturne)



ASSOCIAZIONE VENETA PER  
L'EMOFILIA E LE COAGULOPATIE OdV  
Iscrizione al RUNTS n. 67048 del 4.11.22

## HIGH RISK OF BLEEDING

**Name Surname** \_\_\_\_\_  
**suffering from** \_\_\_\_\_  
**severe deficiency of** \_\_\_\_ **COAGULATION FACTOR**

In case of emergency please contact:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Hemophilia Care Center - Hospital of VICENZA

+39 0444 753679

+39 0444 753607 (weekends and nights)