

Feuille de suivi — traitement anticoagulant

Nom du patient _____	Nom du médecin traitant _____
Date de naissance _____	N° de téléphone du médecin _____
Indication de l'ACO _____	N° de téléphone de la pharmacie _____
Intervalle visé (RNI) _____	Lieu des prélèvements _____
Durée du traitement _____	_____
Teneur des comprimés _____	Personne de soutien _____

Dosette

DATE	RNI	DOSE PRISE	DOSE TOTALE PAR SEMAINE	OUBLI DE PRENDRE UNE DOSE	MODIFICATION DE LA DIÉTÉ	MODIFICATION DES MÉDICAMENTS	SAIGNEMENT	CONDUITE CLINIQUE Dose warfarine et prochain RNI	INITIALES
			Note: _____						
			Note: _____						
			Note: _____						
			Note: _____						
			Note: _____						
			Note: _____						
			Note: _____						
			Note: _____						

COMMENTAIRES :

Annexe E