

Médecin prescripteur :

Nom du patient :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Etiquette

- Programme PEC des patients atteints de maladie thromboembolique nécessitant la mise sous anticoagulant – programme APARTHÉ (AVK/AOD)

Anticoagulant prescrit :.....

Indication du traitement :.....

Durée du traitement envisagé :.....

INR cible :

Fourchette :à

■ Antécédents médicaux :

■ Données médicales :

Poids :

Taille :

IMC :

Créatinine :

Clearance :

HB glyquée :

Bilan lipidique réalisé : oui non

Bilan hépatique réalisé : oui non

Date :

Signature du prescripteur :