



Demande Education Thérapeutique

TRAITEMENT ANTICOAGULANT

A faxer au 04 76 24 48 83 (Réseau) ou pour le CHU au 65824 (Echo-doppler)

Date :

Etablissement :

PATIENT Nom Prénom Téléphone Adresse (ou étiquette)	né(e) le :	MEDECIN demandeur Docteur : Service : Tél. :
--	------------	--

Ce jour, le patient est

Hospitalisé Ambulatoire Au domicile

Date approximative de sortie :

Urgent

Oui Non

Lieu d'éducation souhaité

CHU Grenoble CH Voiron GHM Grenoble
 Domicile Réseau (St Martin d'Hères)

Patient Avec troubles cognitifs

Passage IDE libérale

Entourage - Préciser n° de TEL :

Informations médicales :

Indication TVP EP Fibrillation Auriculaire Autre

Traitement Coumadine Préviscan Sintrom

INR cible 2 - 3 autre (préciser) :

Xarelto Eliquis Pradaxa

HBPM/Arixtra (auto-injection) nom.....
posologie.....

Durée prévue du traitement <3 mois > 3 mois

Demande pour Induction Accident lié au traitement

Long cours Changement Anticoagulant

Contexte médical :