# POLE ETP

MRSI – Parc Héliopolis- 16 rue du tour de l'eau- 38400 Saint Martin d'hères

TEL 04 76 24 90 34

http://www.granted-crepval.fr/

## Demande d'Education Thérapeutique

# TRAITEMENT ANTICOAGULANT

A remplir puis à nous renvoyer par mail etp@mrsi.fr ou par fax au 04 76 70 02 94

Date :

| **PATIENT** | **MEDECIN demandeur :** |
|---|---|
| Nom :<br>Prénom : né(e) le :<br>Adresse (ou étiquette) :<br><br><br><br>TEL : | Nom Prénom :<br><br>**Origine de la demande :**<br>□ CHU Grenoble<br>□ CH Voiron<br>□ GHM<br>□ Hors hospitalier<br><br>Service :<br>TEL :<br>MAIL : |

Numéro TEL entourage si besoin :

**Ce jour le patient est** : □ Hospitalisé N° chambre : □ Ambulatoire

**Date approximative de sortie** :

**Lieu d'éducation souhaité** : □ GHM □ CHU Grenoble □ CH Voiron □ Domicile

**Patient** : □ Avec troubles cognitifs □ Passage IDE libérale

**Indication** :

**Traitement** :

**Si HBPM/Arixtra (auto injection), préciser nom de la spécialité et la posologie** :

**Si AVK, l'INR cible** : □ 2-3 □ 3-4 □ autre :

**Durée du traitement** : □ < 3 mois □ > à 3 mois

**Contexte Médical** :