

## Demande Education Thérapeutique

**TRAITEMENT ANTICOAGULANT**A faxer au 04 76 70 02 94 ou mail [granted@mrsi.fr](mailto:granted@mrsi.fr) ou pour le CHU au 65824 (Echo-doppler)

Date :

Etablissement :

<b>PATIENT</b> Nom Prénom né(e) le : Téléphone Adresse (ou étiquette)	<b>MEDECIN demandeur</b> 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  AutreTraitement  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 moisDemande pour  Induction  Accident lié au traitement  
 Long cours  Changement Anticoagulant**Contexte médical :**