



# Demande

## À l'utilisation du COAGUCHEK INRange de la MRSI à Grenoble ou au CH de Voiron

**A cocher et remplir puis à nous renvoyer**

**mail : [granted@mrsi.fr](mailto:granted@mrsi.fr) fax : 04 76 70 02 94**

La personne sera contactée par téléphone pour un rendez-vous

**Date : ... / ... / ...**

Tampon



Demandé par :

### COORDONNEES DU PATIENT

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Adresse :**

**Tél :**

**Mail :**

**Indication des AVK :**

Précisez : .....

**INR cible : .....**

Important :

Il est nécessaire que le patient dispose de bandelettes pour la formation.

Merci de leur établir une ordonnance avant la formation.

Pôle Education Thérapeutique du GCS MRSI

Parc Héliopolis - 16 Rue du Tour de L'eau - 38400 Saint Martin d'Hères

**Tél. : 04 76 24 90 34 / Fax : 04 76 70 02 94 [granted@mrsi.fr](mailto:granted@mrsi.fr)**

<http://granted-crepval.fr>