

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 Nom : Prénom : né(e) le : Adresse (ou étiquette) : TEL :	MEDECIN demandeur : Nom Prénom : Origine de la demande : <input type="checkbox"/> CHU Grenoble <input type="checkbox"/> CH Voiron <input type="checkbox"/> GHM <input type="checkbox"/> Hors hospitalier Service : TEL :
---	--

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 :