



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 né(e) le : Téléphone Adresse (ou étiquette)	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 :**