

SURVEILLANCE DU TRAITEMENT PAR AVK

PATIENT
Nom : Prénom : Age :

MEDECIN
Nom : Tel :
INFIRMIERE
Nom : Tel :

SPECIALITE PHARMACEUTIQUE	INR CIBLE	TP CIBLE

Posologie avant contrôle	Date du contrôle sanguin	Résultats	Posologie après contrôle
		INR : TP :	

Posologie avant contrôle	Date du contrôle sanguin	Résultats	Posologie après contrôle
		INR : TP :	

Posologie avant contrôle	Date du contrôle sanguin	Résultats	Posologie après contrôle
		INR : TP :	

Posologie avant contrôle	Date du contrôle sanguin	Résultats	Posologie après contrôle
		INR : TP :	

<u>Observations :</u>
