

**FICHE DE SURVEILLANCE DE TRAITEMENT par injection d' H.B.P.M**

PATIENT
Nom :
Prénom :
Age :

MEDECIN
Nom :
Tel :
INFIRMIERE
Nom :
Tel :

Traitement prescrit le ...../...../.....	
<u>SPECIALITES</u>	1 fois/jour pdt .....jours      traitement préventif
	2 fois/jour pdt .....jours      traitement curatif
Contrôle NFS plaquettes : .....fois par semaine	

Relais par AVK le ..... /...../.....SPECIALITE :	Posologie :
--------------------------------------------------	-------------

Date du contrôle sanguin	Résultats	Modification du traitement	
		OUI	NON
		OUI	NON
		OUI	NON
		OUI	NON
		OUI	NON
		OUI	NON
		OUI	NON

Traitement modifié le ...../...../.....	
<u>SPECIALITES</u>	1 fois/jour pdt .....jours      traitement préventif
	2 fois/jour pdt .....jours      traitement curatif
Contrôle NFS plaquettes : .....fois par semaine	