

SUIVI EDUCATIF DU PATIENT SOUS ANTICOAGULANT – Merci de prendre quelques instants pour répondre à notre questionnaire.

Nom et prénom du patient :

Nom du médecin :

OBJECTIFS DU PATIENT:	je sais: (écrire)	je ne sais pas: (cocher)	je ne suis pas sûr: (écrire)
Le nom du médicament:		<input type="checkbox"/>	
La raison pour laquelle je prends ce médicament:		<input type="checkbox"/>	
l'objectif d'INR:		<input type="checkbox"/>	
les risques liés à la prise d'autres médicaments, même courants:		<input type="checkbox"/>	
Les signes qui annoncent un surdosage:		<input type="checkbox"/>	