

\* Civilité

Monsieur

Madame

\* Nom

\* Prénom

Nom de jeune fille

\* Date de naissance

Adresse

Code postal

Ville

\* N° de téléphone

\* Nom du médecin traitant

\* N° de téléphone

\* Nom du laboratoire

\* N° de téléphone

\* Période

Equilibre

Induction

\* Diagnostic de situation

\* Nom du traitement anticoagulant

Coumadine

Préviscan

Sintrom

\* Suivi long terme

Oui

Non

\* Date de début du traitement

\* Date du prochain INR

**3 derniers INR :**

\* Date INR 1

Date INR 2

Date INR 3

\* Valeur INR 1

Valeur INR 2

Valeur INR 3

\* Posologie actuelle

\* Zone thérapeutique

2 à 3

2,5 à 3,5

3 à 4,5

3 à 4

\* Poids

Traitement en cours

Antécédents / Pathologies associées

Commentaires

\* -

Je reconnais sur l'honneur avoir recueilli le consentement libre et éclairé du patient et lui avoir donné toutes les informations relatives à la prise en charge par le dispositif SCAD Antico

Le patient donne son consentement pour que ses données soit réutilisées, sous une forme totalement pseudonymisées, afin de réaliser des études et recherches pour améliorer le dispositif en place.

 Télécharger la [note de consentement](https://www.app-esante.fr/media-files/18550/20190221-note_info_consentement_tlm_tls_antico.pdf)

\* Demande effectuée par

\* N° RPPS

\* Le