

CARTE D'ASSISTANCE ANTICOAGULATION

J'AI REÇU UN DIAGNOSTIC DE FIBRILLATION AURICULAIRE
ET JE SUIS SOUS TRAITEMENT ANTICOAGULANT DEPUIS:

Mois: _____ Année: _____

LE NOM DE MON ANTICOAGULANT EST:

**CET ANTICOAGULANT DISPOSE D'UN AGENT NEUTRALISANT
SPÉCIFIQUE** (à utiliser en cas d'urgence):

non

oui, le nom de cet agent neutralisant est: _____

CARTE D'ASSISTANCE ANTICOAGULATION

INFORMATIONS DESTINÉES AUX PROFESSIONNELS
DE LA SANTÉ

NOM DU PATIENT: _____

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE:

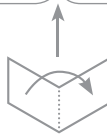
Nom: _____

Numéro de téléphone: _____

BE/PRA-181160a 04/2018



Remarque: Veuillez à imprimer cette carte dans son intégralité.
Remplissez la carte et conservez-la sur vous en permanence.



Découpez la carte sur la ligne indiquée
par les ciseaux et pliez-la.