



HSM0354

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
ANTICOAGULANT
CARDIOLOGIE EXTERNE

No dossier		
Nom		
Prénom		
DDN	NAM	Exp.
Classification :		

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

RAISON DE L'ANTICOAGULATION

(Si prothèse valvulaire, spécifier le type)

NOM DU MÉDICAMENT : _____ mg DÉBUTÉ LE : _____

DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT : Permanent
 Temporaire

Durée : _____ Mois
(la mention indéterminée n'est **pas** acceptée)

RIN CIBLE DE : _____ à _____

PARTICULARITÉS : _____

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Nom et prénom de l'intervenant

Permis

Signature de l'intervenant

AAAA/MM/JJ

Heure