

Calendrier pour la prise de warfarine

Nom du patient: _____ Mois/Année: _____

Clinique/Fournisseur de soins qui gère le traitement à la warfarine : _____ N° de tél. : _____

Médecin de famille : _____ N° de tél.: _____

Pharmacie locale : _____ N° de tél. : _____

Concentration des comprimés de warfarine : _____

							Remarques :
DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	- Doses manquées - Modifications des habitudes alimentaires ou des médicaments - Problèmes vécus - Questions à poser au médecin ou au pharmacien
Dose: <input type="text"/> mg	Dose: <input type="text"/> mg	Dose: <input type="text"/> mg	Dose: <input type="text"/> mg	Dose: <input type="text"/> mg	Dose: <input type="text"/> mg	Dose: <input type="text"/> mg	
Dose: <input type="text"/> mg	Dose: <input type="text"/> mg	Dose: <input type="text"/> mg	Dose: <input type="text"/> mg	Dose: <input type="text"/> mg	Dose: <input type="text"/> mg	Dose: <input type="text"/> mg	
Dose: <input type="text"/> mg	Dose: <input type="text"/> mg	Dose: <input type="text"/> mg	Dose: <input type="text"/> mg	Dose: <input type="text"/> mg	Dose: <input type="text"/> mg	Dose: <input type="text"/> mg	
Dose: <input type="text"/> mg	Dose: <input type="text"/> mg	Dose: <input type="text"/> mg	Dose: <input type="text"/> mg	Dose: <input type="text"/> mg	Dose: <input type="text"/> mg	Dose: <input type="text"/> mg	
Dose: <input type="text"/> mg	Dose: <input type="text"/> mg	Dose: <input type="text"/> mg	Dose: <input type="text"/> mg	Dose: <input type="text"/> mg	Dose: <input type="text"/> mg	Dose: <input type="text"/> mg	