

**FICHE de SURVEILLANCE de TRAITEMENT par injection
d'HEPARINE CALCIQUE**

PATIENT Nom : Prénom : Age :
--

MEDECIN Nom : Tel :
INFIRMIERE Nom : Tel :

Traitement prescrit le/...../.....		
<u>SPECIALITES</u>	1 fois/jour pdtjours	traitement préventif
	2 fois/jour pdtjours	
	3 fois/jour pdtjours	traitement curatif
Contrôle TCK/TCA :fois par semaine		

Relais par AVK le/...../.....	SPECIALITE :	Posologie :
-------------------------------------	--------------	-------------

Date du contrôle sanguin	Résultats	Modification du traitement	
		OUI	NON
		OUI	NON
		OUI	NON
		OUI	NON

Traitement modifié le/...../.....		
<u>SPECIALITES</u>	1 fois/jour pdtjours	traitement préventif
	2 fois/jour pdtjours	
	3 fois/jour pdtjours	traitement curatif
Contrôle TCK/TCA lepar semaine		

Date du contrôle sanguin	Résultats	Modification du traitement	
		OUI	NON
		OUI	NON
		OUI	NON