# Fiche suivi des AVK

Adhésion au protocole : ☐ oui ☐ non

Nom :

Médicament :

Prénom :

Valeur cible de l'INR :

Date de naissance :

Indication :

| Date | INR | Posologie actuelle | Nouvelle posologie | Date prévue du prochain INR Observations | Ordonnance | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Médecin | Début | Fin | Fréquence |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |