



Service d'Angiologie

Responsable du cours: Prof. Lucia Mazzolai, Cheffe de service

Inscription au cours d'autocontrôle de l'anticoagulation par CoaguChek-XS®

Informations du/de la patient/e:

Nom:		Prénom:	
Rue/Adresse:		NPA/Lieu:	
Tél. privé:		Tél. bureau:	
Mobile:		Fax: / E-Mail	
Date de naissance:		Date du cours:	
Caisse maladie:		No. assurance:	
Adresse:			

Date:

Signature:

A remplir par le médecin traitant

Anticoagulation orale:

<input type="checkbox"/> Sintrom / <input type="checkbox"/> Marcoumar Indication:	Autres médicaments:
	Evénements thrombo-emboliques ou saignements depuis la prise de l'anticoagulation:
Autres diagnostics:	

Timbre du Médecin

--

Nous prions le Médecin traitant de joindre un
bref rapport médical du/de la patient/e

Merci

Retourner à: Service d'angiologie,
Ch. de Mont-Paisible 18, 1011 Lausanne
Fax: **021 314 07 61**, Tel : **021 314 20 91**

