Calendrier pour la prise de warfarine

Nom du patient: _____ Mois/Année: _____

Clinique/Fournisseur de soins qui gère le traitement à la warfarine : _____ Nº de tél. : _____

Médecin de famille : _____ Nº de tél.: _____

Pharmacie locale : _____ Nº de tél.: _____

Concentration des comprimés de warfarine : _____

DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	**Remarques :** -Doses manquées -Modifications des habitudes alimentaires ou des médicaments -Problèmes vécus -Questions à poser au médecin ou au pharmacien
☐ Dose : ___mg	☐ Dose : __mg	☐ Dose : ___mg	☐ Dose : ___mg	☐ Dose : ___mg	☐ Dose : ___mg	☐ Dose : ___mg	
☐ Dose : ___mg	☐ Dose : __mg	☐ Dose : ___mg	☐ Dose : ___mg	☐ Dose : ___mg	☐ Dose : ___mg	☐ Dose : ___mg	
☐ Dose : ___mg	☐ Dose : __mg	☐ Dose : ___mg	☐ Dose : ___mg	☐ Dose : ___mg	☐ Dose : ___mg	☐ Dose : ___mg	
☐ Dose : ___mg	☐ Dose : __mg	☐ Dose : ___mg	☐ Dose : ___mg	☐ Dose : ___mg	☐ Dose : ___mg	☐ Dose : ___mg	
☐ Dose : ___mg	☐ Dose : __mg	☐ Dose : ___mg	☐ Dose : ___mg	☐ Dose : ___mg	☐ Dose : ___mg	☐ Dose : ___mg	