

## DEMANDE DE FORMATION A L'AUTOMESURE AVEC LE COAGUCHEK INRange

Formulaire à remplir et retourner par mail à [creatif.lrb@aphp.fr](mailto:creatif.lrb@aphp.fr)  
en indiquant « AUTOMESURE » dans l'objet de votre mail.

*Nous vous contacterons à la réception de ce formulaire pour convenir d'un rendez-vous ensemble.*

### IDENTITE ET COORDONNEES

Madame Monsieur Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse postale :

Ville :

CP :

Téléphone :

Adresse mail (**en majuscules**) :

### VOTRE INDICATION A L'ANTICOAGULATION

Valve mécanique aortique

Valve mécanique mitrale

Autre :

Date de la mise en place de la valve :

Hôpital :

### VOTRE ANTICOAGULATION

Votre traitement anticoagulant :

Coumadine

Previscan

Sintrom/Mini Sintrom

Qui adapte votre posologie ?

Médecin traitant

Cardiologue

CREATIF

Autre

Estimez-vous avoir des connaissances suffisantes sur votre traitement par AVK ?

Oui

Non

Si « non », seriez-vous intéressé de participer à des ateliers sur votre traitement ?

Oui

Non

Estimez-vous être suffisamment autonome pour équilibrer seul votre traitement anticoagulant ?

Oui Non

Une formation spécifique à l'autonomisation vous intéresserait-elle et vous permettrait-elle de gérer seul votre traitement ?

Oui Non

Si « non », pourquoi ?

Etes-vous déjà en possession d'un appareil d'automesure ?

Oui Non

Si oui, lequel ?

Disposez-vous déjà d'une prescription pour un appareil d'automesure de l'INR ?

Oui Non

Les séances de formation au Coaguheck INRange se tiendront au CREATIF sur rendez-vous à partir de 13h30, en Cardiologie, secteur bleu, porte 14, 2<sup>e</sup> étage, couloir de gauche (secteur Laubry). Elles se dérouleront en deux parties : une partie théorique de formation aux AVK suivie d'une formation pratique à l'utilisation du Coaguheck INRange. L'attestation de formation vous permettant d'obtenir le remboursement de l'appareil auprès de votre pharmacien vous sera envoyée sous une semaine.

### **AUTOUR DE L'ANTICOAGULATION...**

Seriez-vous intéressé(e) par la création d'une association de patients sous anticoagulants utilisant l'automesure ?

Oui Non

Laissez vos commentaires pour nous faire part de vos attentes et besoins si une telle structure était mise en place. Indiquez ce que vous en attendriez et comment vous pourriez y participer :

*Les informations portées sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatisé destiné à la mise en place des formations sur l'automesure. Elles sont colligées sous la responsabilité du CREATIF. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de portabilité des données vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication de ces informations, veuillez vous adresser auprès du responsable de la protection des données en contactant Mme C. Bal dit Sollier par courrier à l'adresse du CREATIF ou par mail : [claire.bal@aphp.fr](mailto:claire.bal@aphp.fr)*