

## 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 contacterons votre patient à la réception de ce formulaire pour convenir d'un rendez-vous avec lui.*

### MEDECIN DEMANDEUR

Nom : Prénom :  
Téléphone :  
Adresse mail (**en majuscules**) :  
Spécialité :  
Hôpital : Service :  
Cabinet :

Je certifie que le patient a donné son accord pour la formation au Coaguchek par le CREATIF

### IDENTITE ET COORDONNEES DU PATIENT

Madame Monsieur Nom :  
Prénom :  
Date de naissance :  
Adresse postale :  
Ville :  
CP :  
Téléphone :  
Adresse mail (**en majuscules**) :

Etiquette

### INDICATION A L'ANTICOAGULATION

Valve mécanique aortique      Valve mécanique mitrale      Autre :  
  
Date de la mise en place de la valve :  
Hôpital :

## **ANTICOAGULATION**

Traitement anticoagulant :            Coumadine            Previscan            Sintrom/Mini Sintrom  
Qui adapte la posologie ?            Médecin traitant            Cardiologue            CREATIF            Autre

Estimez-vous que votre patient a des connaissances suffisantes sur son traitement par AVK ?

Oui    Non

L'estimez-vous suffisamment autonome pour équilibrer seul son traitement anticoagulant ?

Oui    Non

Une formation spécifique à l'autonomisation l'intéresserait-il et lui permettrait-il de gérer seul son traitement ?

Oui    Non

Si « non », pourquoi ?

Votre patient est-il déjà en possession d'un appareil d'automesure ?

Oui    Non

Si oui, lequel ?

Dispose-t-il 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 lui permettant d'obtenir le remboursement de l'appareil auprès de son pharmacien lui sera envoyée sous une semaine.

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

Votre patient serait-il intéressé par la création d'une association de patients sous anticoagulants utilisant l'automesure ?

Oui    Non

Quelles seraient ses attentes et besoins si une telle structure était mise en place ? Qu'en attendrait-il et comment pourrait-il 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)*