

Annexe 11. Fiche de suivi des A.V.K.

FICHE DE SUIVI A.V.K.			PRISE EN MAIN		Date du jour 08/12/2011																										
CODE COULEUR		Texte libre		Ne pas toucher																											
			Liste de choix																												
			Changement molécule																												
IDENTITÉ DU PATIENT																															
Maison de santé 			NOM du médecin traitant 																												
Région 			Son téléphone 																												
Coordonnées actualisées du patient ? TEL 			NOM d'un autre professionnel de santé référent 																												
Code du patient 			Sa spécialité 																												
Sexe 			Téléphone 																												
Date de naissance 			NOM d'un autre médecin référent 																												
JJ MM AAAA Âge :			Téléphone 																												
NOM d'une personne référente 			Son téléphone 																												
GESTION DES RISQUES : Vérifier l'absence de contre-indications absolues ou relatives																															
<i>résultat post investigation</i> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Grossesse</td><td style="background-color: yellow;"></td></tr> <tr><td>Risque /antéc2dent hémorragique</td><td style="background-color: yellow;"></td></tr> <tr><td>Insuffisance hépatique sévère</td><td style="background-color: yellow;"></td></tr> <tr><td>Galactosémie congénitale</td><td style="background-color: yellow;"></td></tr> <tr><td>Insuffisance rénale sévère</td><td style="background-color: yellow;"></td></tr> <tr><td>Associations médicamenteuses</td><td style="background-color: yellow;"></td></tr> <tr><td>Niveau de compréhension du patient ou du référent</td><td style="background-color: yellow;"></td></tr> <tr><td>Risque psychosocial</td><td style="background-color: yellow;"></td></tr> </table> <i>Examens complémentaires</i> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>NFS</td><td style="background-color: yellow;"></td></tr> <tr><td>INR de référence</td><td style="background-color: yellow;"></td></tr> <tr><td>SGOT</td><td style="background-color: yellow;"></td></tr> <tr><td>SGPT</td><td style="background-color: yellow;"></td></tr> <tr><td>clearance créatinine</td><td style="background-color: yellow;"></td></tr> </table>						Grossesse		Risque /antéc2dent hémorragique		Insuffisance hépatique sévère		Galactosémie congénitale		Insuffisance rénale sévère		Associations médicamenteuses		Niveau de compréhension du patient ou du référent		Risque psychosocial		NFS		INR de référence		SGOT		SGPT		clearance créatinine	
Grossesse																															
Risque /antéc2dent hémorragique																															
Insuffisance hépatique sévère																															
Galactosémie congénitale																															
Insuffisance rénale sévère																															
Associations médicamenteuses																															
Niveau de compréhension du patient ou du référent																															
Risque psychosocial																															
NFS																															
INR de référence																															
SGOT																															
SGPT																															
clearance créatinine																															
INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES & TRANSITOIRES																															
Indications thérapeutiques		OUI / NON		Indications thérapeutiques																											
Episode thromboembolique veineux/Phlébite				Valve cardiaque bioprothèse																											
Embolie pulmonaire				Valve cardiaque mécanique																											
Pathologie cardiaque				Arythmie par fibrillation auriculaire																											
Troubles de la coagulation				OUI / NON																											
Si indication transitoire, jusqu'à la date du :																															
JJ MM AAAA		Nbre de JJ restant		Informations/rappels																											
INR Cible min		INR Cible max		#VALEUR!																											
CONSULTATION D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE																															
1 ^{er} ETP		2 ^e ETP		3 ^e ETP																											
4 ^e ETP		5 ^e ETP		Date (JJ/MM/AAAA)																											
Intervenant		Étales en cours		Date (JJ/MM/AAAA)																											

SUIVI INR MODIFICATIONS DU TRAITEMENT		1 ^{er} bilan	2 ^e bilan	3 ^e bilan	4 ^e bilan	5 ^e bilan
DATE INR RÉALISÉE	Date (JJ/MM/AAAA)					
	Intervenant qui modifie la dose					
	Intervenant qui appelle le patient					
	Résultat INR	6	3			
	DCI et SPÉCIALITÉ					
	Justification (Pour passer à la ligne, faire ALT ENTREE)					
	POSOLOGIE INITIALE ex. :1,25					
	Justification					
	POSOLOGIE MODIFIÉE ex. :1,50					
	Justification, dont VIT K					
DATE PRÉVISIONNELLE INR RYTHME regulier à 14 JOURS						
RYTHME INR EXCEPTIONNEL en jours(1, 3, 7, 21, 28)						
DATE INR EXCEPTIONNEL DÉMARRAGE TTT ou autre						
Justification (Pour passer à la ligne, faire ALT ENTREE)						
INTERACTIONS ALIMENTAIRES & MÉDICAMENTEUSES OU ÉVÉNEMENTIELLES						
DATE (JJ/MM/AAAA)						
Commentaires (Pour passer à la ligne, faire ALT ENTRÉE)						
FACTEURS ALIMENTAIRES						
DATE (JJ/MM/AAAA)						
Commentaires (Pour passer à la ligne, faire ALT ENTRÉE)						
MÉDICAMENTS À RISQUE						
DATE (JJ/MM/AAAA)						
Commentaires (Pour passer à la ligne, faire ALT ENTRÉE)						
ÉVÉNEMENT À RISQUES						

ALERTES COLORÉES	BLANC	Hors zone thérapeutique attendue	VERT	Zone thérapeutique attendue	ROUGE	Zone thérapeutique à risque majeur
------------------	-------	----------------------------------	------	-----------------------------	-------	------------------------------------