

C.R.E.A.T.I.F.
**Centre de Référence et
d'Éducation des
Antithrombotiques
d'Ile de France**

Pr Ludovic DROUET
ludovic.drouet@aphp.fr

Dr J.G. DILLINGER
jean-guillaume.dillinger@aphp.fr

Claire BAL dit SOLLIER
claire.bal@aphp.fr
Tél. : 01 49 95 85 78

Assistante médicale

Amelia DIJOUX
Tél : 01 49 95 80 78

Aude REVEILLE
Tél : 01 49 95 63 94
Fax : 01 49 95 63 97
creatif.lrb@aphp.fr

Médecins

Hôp. Lariboisière

Dr Karine CHAMPION

Dr Olivia CARVALHO

Dr Marie-Geneviève HUISSE

Soumia BOUGUERN, pharma.

Hôp. Bichat

Pr Nadine AJZENBERG

Chargées d'Éducation

Thérapeutique

Louise BLOTTIERE

Natacha BERGE

Tél. : 01 49 95 68 17

www.creatif-cac.fr

**DEMANDE D'ÉDUCATION D'UN PATIENT SOUS ANTICOAGULANT ORAL
PAR LE C.R.E.A.T.I.F.**

Document à compléter et à transmettre au CREATIF :

Mail : creatif.lrb@aphp.fr / Fax : 01 49 95 63 97

Le

Le patient :

Nom/Prénom :

Date de naissance :

Tél. : Email :

Si hospitalisé sur l'hôpital Lariboisière

Service : Chambre :

**Étiquette Patient
ou IPP :**

Indication du traitement par anticoagulant :

Type de traitement :

AVK : PREVISCAN COUMADINE SINTROM MINISINTROM

ZONE INR CIBLE :

Posologie du traitement en cours :

AOD : PRADAXA XARELTO ELIQUIS

Posologie du traitement :

Le patient avait-il précédemment un AVK ? Oui Non

ANTICOAGULANT INJECTABLE : Oui Non Lequel :

ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE : Oui Non Lequel :

S'agit-il d'une primo-prescription d'anticoagulant ? Oui Non

Le patient est sous anticoagulant depuis :

COORDONNEES DU DEMANDEUR :

Nom / Prénom :

Fonction :

Service :

Tél. : Fax :

Email :

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT :

Nom / Prénom :

Adresse :

Tél. : Fax :

Email :

Une demande de suivi des INR par le CREATIF est-elle faite conjointement ?

Oui Non

(Si le bilan éducatif partagé a été réalisé, joignez-le à la demande).