

DEMANDE DE FORMATION A L'AUTOMESURE AVEC LE COAGUCHEK INRange

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

Les séances de formation à l'automesure se tiennent au CREATIF à l'hôpital Lariboisière sur rendez-vous. Elles se déroulent en deux parties : une partie théorique de formation aux AVK suivie d'une formation pratique à l'utilisation du Coaguchek INRange.

Depuis juillet 2023, le coût de l'appareil est pris en charge par la CPAM pour les patients traités au long cours traités aux AVK au long cours et non éligibles aux AOD (JO 04/07/23).

La formation est ouverte à tous les patients désirant se former à l'automesure mais le CREATIF remettra la prescription pour l'appareil et ses consommables UNIQUEMENT pour les patients qui entrent dans cette indication.

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

Si c'est la première fois que vous nous adressez un patient, comment avez-eu connaissance du Créatif ?

Collègue / patient / Internet / autre (précisez) :

IDENTITE ET COORDONNEES DU PATIENT

Madame Monsieur Nom :

Prénom : Date de naissance :

Adresse postale :

Ville : CP :

Téléphone :

Adresse mail (**en majuscules**) :

INDICATION A L'ANTICOAGULATION

Valve mécanique aortique Valve mécanique mitrale SAPL Autre :

Hôpital :

ANTICOAGULATION

Traitement anticoagulant : Coumadine Previscan Sintrom/Mini Sintrom

Qui adapte la posologie ? Médecin traitant Cardiologue CREATIF Le patient
Autre (Précisez) :

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

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

Oui Non

Si oui, lequel ?

CC INRange / CC XS / autre (précisez) :

Dispose-t-il déjà d'une prescription pour un appareil d'automesure de l'INR ?

Oui Non

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