

Identification du Prescripteur

Patient
Nom et Prénom

Date :

Y ALD

Y AT

Ordonnance pour Injection d'Anticoagulant par Infirmière

Faire pratiquer par une IDE à domicile, dimanche et jours fériés compris, une
Injection en s/c de _____

Y 1 fois /jour

Y 2 fois /jour

Faire un contrôle des plaquettes ___ / semaine

Durée :