

Nom du résident :**Spécialité :****Médecin + n° de téléphone :****MOIS DE.....**

Jour	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
INR															
Posologie															
Signature du médecin															
Initiales IDE															

Jour	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
INR																
Posologie																
Signature du médecin																
Initiales IDE																

Page 1/1

Nom :
Fonction :

Rédacteur
Amélie MAZEAUDOU,
Infirmière Coordinatrice

Validation
Sylvie LACOSTE,
Directrice

Conformité à la gestion qualité
Audrey TINNES,
Chargée Qualité

Visa :