Ονοματεπώνυμο ασθενή : ……………………………………… Ημερ. γεννήσεως……/…../……..

Ένδειξη λήψης sintrom ☐ Κολπική μαρμαρυγή ☐ Πνευμονική εμβολή ☐ Εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση ☐ Μεταλλική βαλβίδα

☐ Εγκεφαλικό επεισόδιο ☐ Άλλη αιτία

Στόχος INR : ☐ 2.0 -3.0 ☐ 2.5-3.5 ☐ Άλλο………..

Ημερ. Έναρξης : …../…../…… Διάρκεια θεραπείας : ☐ 3 μήνες ☐ 6 μήνες ☐ 1 έτος ☐ Αόριστο ☐ Άλλο**…………………**

Ημερομηνία	**Δόση**	**Τιμή INR**

Επιπλοκές	**Νέα δόση**	**Στόχος INR**	**Σχόλια**