



CONTACTS EN CAS D'URGENCE +



PERSONNE À CONTACTER

Nom :
Prénom :
Tél :

MON MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Nom :
Prénom :
Tél :

ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Nom :
Tél :

INFIRMIER / PHARMACIEN

Nom :
Tél :

POUR + D'INFOS



Vos **professionnels de santé** peuvent vous proposer des **soutils d'information** comme le livret patient.

**N'HÉSITEZ PAS À
LEUR DEMANDER !**



Découvrez le livret patient en ligne en flashant ce code ou directement sur le site : www.oncopl.fr/les-traitements



“Je suis sous
**TRAITEMENT
ANTI-COAGULANT,**”



**INFORMATIONS POUR
MES PROFESSIONNELS
DE SANTE**

20180537 - Conception et réalisation : Kromi - www.kromi.fr - Crédits photo : Fotolia



MALADIE
THROMBOEMBOLIQUE
VEINEUSE



INFORMATIONS PERSONNELLES



NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :
.....
.....
.....

ADRESSE MAIL :

TÉL. :



MES TRAITEMENTS



+ TRAITEMENT 1

Pathologie :

.....
.....

Molécule :

.....
.....

Dose :

.....
.....

Début du traitement :

.....
.....

Durée du traitement :

.....



MES TRAITEMENTS



+ TRAITEMENT 2

Pathologie :

.....
.....

Molécule :

.....
.....

Dose :

.....
.....

Début du traitement :

.....
.....

Durée du traitement :

.....