



## ANTICOAGULANTS ORAUX DIRECTS (AOD)

# Plan de prise anticoagulant appartenant à :

### 4 objectifs de sécurité

- ◆ **J'informe** que je prends un traitement anticoagulant
- ◆ **Je surveille** les risques de saignement
- ◆ **Je prends des mesures** pour ne pas oublier mon traitement
- ◆ **J'appelle**

Traitement prescrit le :

Par :

Nom du médecin, signature

Plan de prise remis le :

Par :

Nom du soignant, signature

Médecin traitant :

Tél :

Je complète

# JE SUIS SOUS ANTICOAGULANT

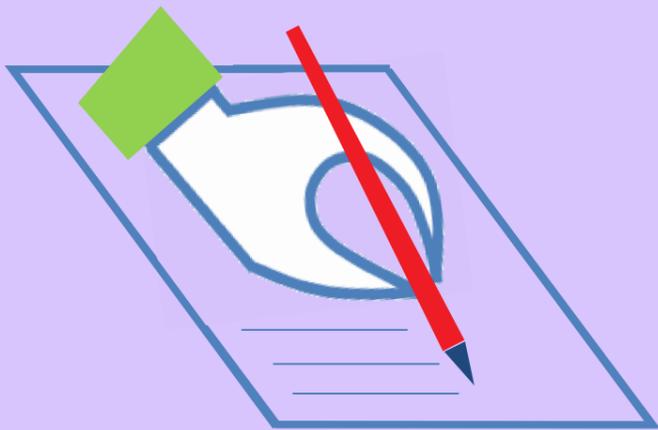
## Mon médicament pour fluidifier le sang :

Son nom



Sa molécule

## Il est prescrit pour :



Maladie

En cas d'embolie pulmonaire ou de phlébite, la dose initiale est susceptible d'être modifiée, soyez vigilant.

Durée

Je le prends à heure fixe à :

Date de début

ou année de mise en place

## J'INFORME

J'ai ma carte AOD qui spécifie le nom de mon anticoagulant. Cette carte se trouve dans la boîte de mon médicament.

Je l'amène chez le médecin, chirurgien, dentiste, kinésithérapeute, podologue, anesthésiste, biologiste de laboratoire d'analyses médicales.

Carte de Surveillance du Patient



Xarelto® 2,5 mg  
Xarelto® 15 mg  
Xarelto® 20 mg

- ◆ Gardez toujours cette carte sur vous
- ◆ Montrez cette carte à tout médecin ou dentiste que vous consultez avant de commencer un traitement

CARTE DE SURVEILLANCE DU PATIENT

Pradaxa®  
Dabigatran etexilate

- Gardez toujours cette carte sur vous
- Assurez-vous d'utiliser toujours la dernière version

03062014

Cher Patient,

Votre médecin a initié un traitement par Pradaxa® (dabigatran etexilate). Pour assurer la sécurité d'utilisation de Pradaxa®, veuillez tenir compte des informations importantes qui sont jointes.

Cette carte de surveillance du patient contenant des informations importantes concernant votre traitement, gardez-la en permanence sur vous pour informer les professionnels de santé que vous prenez Pradaxa®.

Pradaxa®  
dabigatran etexilate

Carte de surveillance du patient

(FR)

Eliquis®  
(apixaban)

Portez cette carte sur vous en permanence

Présentez cette carte à votre pharmacien, votre dentiste et tout autre professionnel de santé qui vous traite.

## JE SURVEILLE LES SAIGNEMENTS

Saignement de gencives ou du nez répétés ou plaies persistantes malgré compression

Dans les 48h



médecin

Urines roses, sang dans les selles, crachats sanglants, hématomes spontanés

Dans la journée



médecin

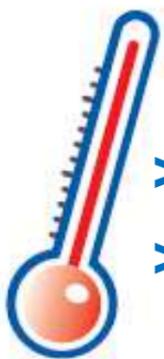
Malaise, accident, saignement abondant

immédiatement



médecin ou 15

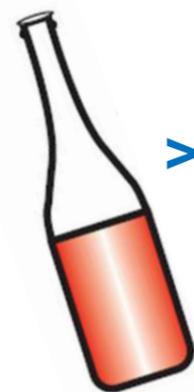
## ILS PEUVENT MODIFIER L'EFFET DE VOTRE ANTICOAGULANT



> Fièvre  
> Diarrhée



> Aspirine  
> Anti-inflammatoire



> Alcool

### Pas d'automédication !

Je prends l'avis d'un médecin ou d'un pharmacien avant toute prise de médicament ou de plante médicinale.

## SITUATIONS PARTICULIERES

- > Je me protège quand je bricole
- > J'évite les sports violents
- > Je parle à mon médecin d'un désir de grossesse

## JE M'ADAPTE

En cas d'oubli d'une prise, si j'ai un doute sur une dose à prendre, j'appelle mon médecin et **je mets en place des mesures pour éviter les oublis.**



### En cas de voyage :

- ◆ J'ai toujours une ordonnance dans mon portefeuille
- ◆ Je garde une boîte d'anticoagulant dans mon bagage à main avec mon ordonnance



### En cas d'hospitalisation programmée :

- ◆ Je note les prises sur un calendrier pendant le mois précédent l'hospitalisation



### Au laboratoire :

- ◆ Je signale mon traitement anticoagulant
- ◆ Le médicament étant éliminé par le rein, ma fonction rénale sera surveillée **au moins une fois par an** et à chaque changement de traitement