

Protocole injection S.C. - produits à base d'héparine de bas poids moléculaire

Nom: _____ Prénom: _____ n° du patient: _____
Rue, n°: _____ Code postal / lieu: _____ Tél.: _____

Consentement éclairé:

Le patient consent à ce que le pharmacien/la pharmacienne lui injecte le produit prescrit par le médecin:

oui no

Lieu / Date: _____ Signature du patient: _____

Donnés du patient:

Genre: homme femme → Grossesse? oui no

Date de naissance: [][] . [][] . [][][][] (jj.mm.aaaa)

Poids: [][][] kg Taille: [][][] cm

Informations pour le suivi du traitement:

Indication pour: la prévention de: _____ (description)

le traitement de: _____ (description)

Produit prescrit: _____ (nom du produit y.c. concentration)

Date de la prescription: [][] . [][] . [][][][] (jj.mm.aaaa) par: _____
(joindre la copie de l'ordonnance au protocole)

Plan thérapeutique connu: oui → injections pendant: [][] jours 1 x/j 2 x/j
 non

Raisons pour l'impossibilité de peur des seringues

l'auto-injection:

difficulté à utiliser des seringues préremplies

baisse de la vision

autre raison: _____

Co-médication influençant la coagulation pendant le traitement par HBPM:

Prise simultanée: - d'anticoagulants (phenprocoumon / acénocoumarol / warfarine e.a.)

oui no

- d'inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire (acide acétylsalicylique, clopidogrel e.a.)

oui no

- d'anti-inflammatoires non stéroïdiens

oui no

Si oui: Quel produit? _____

application? prescrits en vente libre

prise? si besoin thérapie de longue durée

Injection d'héparine antérieure (p.ex durant une hospitalisation)?

oui no

Si oui: date de la dernière administration: [][] . [][] . [][][][] (jj.mm.aaaa)

à env. [][] : [][] heure

Effets secondaires connus liés à une injection?

oui no

Si oui, lesquels? _____

Allergies connues?

oui no

Si oui, lesquels? _____

Aide à l'adhésion (injection sous-cutanée) est faite en pharmacie?

oui no

Si non, justifier: _____

Lieu: _____

Date: [][] . [][] . [][][][] (jj.mm.aaaa)

Signature du pharmacien/de la pharmacienne: _____

Entwurf



Name	Vorname	Pat.-Nr.
Strasse	Ort	Telefon

Produkt: _____ Charge: _____

Datum	Zeit	Injektionsstelle (inkl. re/li)	Bemerkungen / Beurteilung Injektionsstelle	Visum

Produkt: _____ Charge: _____

Datum	Zeit	Injektionsstelle	Bemerkungen / Beurteilung Injektionsstelle	Visum

Produkt: _____ Charge: _____

Datum	Zeit	Injektionsstelle	Bemerkungen / Beurteilung Injektionsstelle	Visum

Therapie wird fortgesetzt (siehe nächste Seite)
 Therapie beendet am: ___ / ___ / _____ entsprechend ärztlicher Verordnung

