

Datum	INR	Týdenní dávka mg	Po	Út	St	Čtv	Pá	So	Ne	Datum příští kontroly

## Záznamová karta pacienta užívajícího warfarin sodný

Jméno a příjmení:

Diagnóza:

Terapeutické rozpětí INR:

Medikamentózní léčba je plánována do:

Jiná léčba ovlivňující terapii warfarinem sodným:

Riziko TEN:	Krevní skupina:
-------------	-----------------

# Váš lékař:

Prostor pro razítko:

## Ordinační hodiny:

Pondělí:

Úterý:

Středa:

Čtvrtek:

Pátek:

Tento materiál je pro pacienty zdarma.

Datum	INR	Týdenní dávka mg	Po	Út	St	Čtv	Pá	So	Ne	Datum příští kontroly