

Votre nom	Votre prénom	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Votre rue et N°	Votre localité	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Téléphone	GSM	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Votre E-Mail		
<input type="text"/>		
Problème qui vous oblige à prendre un traitement anticoagulant		
<input type="text"/>		
Contrôlez vous votre traitement ...		
<input type="radio"/> Chaque semaine <input type="radio"/> Chaque quinzaine <input type="radio"/> Chaque mois <input type="radio"/> Occasionnellement <input type="radio"/> Autre		
Les prescriptions sont établies par ...		
<input type="radio"/> Votre cardiologue <input type="radio"/> Un autre spécialiste <input type="radio"/> Votre généraliste		
Les contrôles sont effectués ...		
<input type="radio"/> En laboratoire <input type="radio"/> A l'aide d'un appareil individuel de contrôle de l'INR <input type="radio"/> Autre (précisez ci-dessous)		
Si autre, précisez		
<input type="text"/>		
En fonction du résultat vous consultez ...		
<input type="radio"/> Votre cardiologue <input type="radio"/> Votre spécialiste <input type="radio"/> Votre généraliste <input type="radio"/> Vous adaptez vous-même		
Quels types d'anticoagulants prenez-vous ?		
<input type="checkbox"/> Sintrom	<input type="checkbox"/> Marcoumar	<input type="checkbox"/> Marevan
<input type="checkbox"/> Previscan	<input type="checkbox"/> Pradaxa	<input type="checkbox"/> Xarelto
<input type="checkbox"/> Eliquis	<input type="checkbox"/> Autre (précisez ci-dessous)	
Si vous utilisez un autre anticoagulant, lequel ?		
<input type="text"/>		
Dose prescrite		
<input type="text"/>		
ENVOYEZ		