SURVEILLANCE AVK

NOM : **PRENOM :** **DATE DE NAISSANCE :**

Nom de l'AVK :

Date	Posologie AVK	INR	Résultats

Date	Posologie AVK	INR	Résultats

SURVEILLANCE AVK

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

Nom de l'AVK :

Date	Posologie AVK	INR	Résultats

Date	Posologie AVK	INR	Résultats