

**GESTION DU TRAITEMENT ANTICOAGULANT ET ANTIAGREGANT  
POUR UNE ENDOSCOPIE DIGESTIVE**

**FICHE NAVETTE**

PATIENT (Nom/Prénom) :

Date de naissance :

-Type de traitement :

Anticoagulant : \_\_\_\_\_ / Antiagrégant : \_\_\_\_\_

*Dose et heure de prise :*

- Arrêt nécessaire : oui / non

Procédure :

Date prévue :

- Date de consultation GE : / /

- Date de consultation anesthésie : / /

- Avis cardiologique demandé : oui / non *si oui, date : / /*

- Arrêt du traitement le / / , prescrit par le Dr

- Contrôle éventuel INR le / / , prescrit par le Dr

- Date de reprise fixée au / / , prescrit par le Dr

- Contrôle éventuel après reprise Oui / Non, fixé le :

**IMPORTANT**

En cas de saignement ou de problème après votre endoscopie, appelez le centre d'endoscopie ou vous avez réalisé votre intervention au :