Vložni list za nadzor antikoagulacijske zaščite

Št.: ___

Ime bolnika: _____ **Razlog (diagnoza):** _____

Datum začetka: _____ **Predvideno trajanje:** _____

Datum	PČ	INR	Krv.	P	T	S	Č	P	S	N	Ko.	Dr.

Zdravilno območje – INR je navadno med 2 in 3. Pri višjih vrednosti nujno preveri ev. prisotnost krvavitev (Krv.).