



*Je suis sous
anticoagulant*



NOM :

Anticoagulant prescrit :

En cas d'urgence :

Nom de mon médecin traitant :

Tél. :



Union Régionale
des Professionnels
de Santé Médecins
de Haute-Normandie



URPS
Pharmaciens
Haute-Normandie



#42652183