

AVK VIE QUOTIDIENNE ET ALIMENTATION



Objectifs de l'entretien :

- Revoir avec le patient les précautions quotidiennes liées au traitement par AVK.
- Aborder les points de vigilance à prendre en compte dans l'alimentation.

PRÉVENTION DES RISQUES QUOTIDIENS ET VIGILANCE ALIMENTAIRE

Aucun aliment n'est interdit. Cependant, l'apport en vitamine K doit être régulier et sans excès afin de ne pas perturber l'équilibre de l'INR. Informer le patient sur les aliments les plus riches en vitamine K : brocolis, choux, chou-fleur, choux de Bruxelles, épinards, laitue, tomates.

Attirer son attention sur les compléments alimentaires ou les tisanes qui peuvent contenir du millepertuis car cette plante médicinale peut diminuer voire annuler l'effet anticoagulant des AVK.

Il est important de rappeler au patient la nécessité de signaler à tous les professionnels de santé qu'il prend un traitement par AVK : médecin, chirurgien, anesthésiste, dentiste, sage-femme, kinésithérapeute, infirmière, biologiste, pharmacien...

Le patient doit toujours porter sur lui la carte mentionnant qu'il prend un traitement par AVK (au dos du carnet d'information remis par le médecin, le biologiste ou le pharmacien).

LE PATIENT CONNAÎT-IL LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE POUR MINIMISER LE RISQUE HÉMORRAGIQUE DANS SA VIE DE TOUS LES JOURS (PRÉVENTION DES CHOCS ET BLESSURES LORS DE SES ACTIVITÉS OU D'UNE PRATIQUE SPORTIVE) ?

A PA NA

PEUT-IL AU MOINS EN CITER 3 ?

A PA NA

LE PATIENT CONNAÎT-IL LES RÈGLES À SUIVRE EN MATIÈRE D'ALIMENTATION ET LES PRINCIPAUX ALIMENTS RICHES EN VITAMINE K ?

A PA NA

LE PATIENT SAIT-IL QU'IL NE DOIT PAS PRENDRE CERTAINES TISANES, NI DE COMPLÉMENT ALIMENTAIRE SANS EN PARLER À SON MÉDECIN OU SON PHARMACIEN ?

A PA NA

LE PATIENT EST-IL SUIVI PAR D'AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN DEHORS DE SON MÉDECIN OU DE SON PHARMACIEN ?
LESQUELS ?

OUI NON

.....
.....
.....



VOTRE CONCLUSION DE L'ENTRETIEN

SYNTHÈSE DE L'ENTRETIEN ET DURÉE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

APPRÉCIATION SUR LE NIVEAU DE CONNAISSANCE DU PATIENT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PRÉSENCE D'UN ACCOMPAGNANT POUR L'ENTRETIEN SUIVANT

OUI NON

ORIENTATION DU PATIENT VERS LE PRESCRIPTEUR

OUI NON

PRISE DE CONTACT AVEC LE PRESCRIPTEUR

OUI NON

CONTACT AVEC LE MÉDECIN DU PATIENT *

SUJET DE L'ÉCHANGE

.....

.....

.....

.....

DATE/...../.....

* Si nécessaire et avec l'accord du patient.



ENREGISTRER

Pensez à enregistrer le formulaire
dans le dossier de votre patient,
sur votre ordinateur