

Oral Anticoagulation (blood thinner) Card

Patient Name: _____

Patient Address: _____

Oral anticoagulant _____

Dose _____ Directions _____

with food ___ without food ___ as desired ___

Reason on anticoagulant _____

Anticoagulant Started Date ____/____/____

Physician who prescribed anticoagulation:

Name: _____

Address: _____

Phone #: _____

Contact in case of emergency

Name: _____

Phone #: _____

Call your doctor or seek immediate medical care if you experience signs and symptoms of bleeding.



Planned or unplanned follow-up visits

Date	Site (Clinic or physician office)	Reason

Follow-up laboratory results

Date	PT/ INR	BUN/ Serum Creatinine	Creatinine Clearance	Hgb/ Hct	Platelets	Liver tests

Credencial de anticoagulación oral (blood thinner)

Nombre del paciente:

(patient name)

Dirección del paciente:

(patient address)

Anticoagulante oral _____ Dosis _____ Indicaciones _____
 (Oral anticoagulant) (Dose) (Directions)

con alimentos _____ sin alimentos _____ como desee _____
 (with food) (without food) (as desired)

Motivo para uso de anticoagulante (Reason on anticoagulant)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular
(ritmo cardíaco irregular)
(Atrial Fibrillation [irregular heart rhythm]) | <input type="checkbox"/> PE (coágulo en el pulmón)
(PE [clot in lung]) |
| <input type="checkbox"/> MI (ataque cardíaco)
(MI [heart attack]) | <input type="checkbox"/> prevención de coágulos
después de la cirugía
(prevention of clots after sur-
gery) |
| <input type="checkbox"/> enfermedad/reemplazo de las válvulas
(valve disease/replacement) | <input type="checkbox"/> DVT (coágulo sanguíneo en
una vena del cuerpo)
(DVT [blood clot in vein in body]) |
| <input type="checkbox"/> anomalía de la coagulación de la sangre
(blood clotting abnormality) | |

Fecha de inicio del anticoagulante ___/___/___

(Anticoagulant Start Date)

Médico que prescribe la anticoagulación:

(Physician who prescribed anticoagulation)

Nombre (name): _____

Dirección (Address): _____

Núm. de Teléfono (phone #): _____

Contacto en caso de emergencia (Contact in case of emergency)

Nombre (name): _____

Núm. de teléfono (phone #): _____

Llame a su médico o busque atención médica inmediata si experimenta signos y síntomas de sangrado



Visitas de seguimiento planificadas o no planificadas (Planned or unplanned follow-up visits)

Fecha (Date)	Lugar (Clínica o consultorio del médico) (Site) (Clinic or physician office)	Motivo (Reason)

Resultados del análisis de laboratorio de seguimiento (Follow-up laboratory results)

Fecha (Date)	PT/INR (PT/INR)	BUN/ Creatinina sérica (BUN/Serum Creatinine)	Depuración de creatinina (Creatinine Clearance)	Hgb/ Hct (Hgb/ Hct)	Plaquetas (Platelets)	Análisis del hígado (Liver tests)

Indicaciones importantes para el paciente

Tome su medicamento como le fue indicado
 (NO tomar el medicamento significa NO tener protección)
 Nunca deje de tomar su medicación sin consultar a su médico
 Nunca agregue una medicación sin consultar a su médico
 Avise a su dentista, cirujano u otro médico sobre los medicamentos que está tomando antes de realizarse una intervención

Alergias:
 (Allergies)

**Lista de medicamentos
 (Medication List)**

Nombre (Name)	Dosis (Dose)	Indicaciones (Directions)																
		8a	9a	10a	11a	12n	1p	2p	3p	4p	5p	6p	7p	8p	9p			



Kat Antikowagilasyon oral (blood thinner)

Non Pasyan an:

(patient name)

Adrès Pasyan an:

(patient address)

Antikowagilan oral _____ Dòz _____ lireksyon _____
 (Oral anticoagulant) (Dose) (Directions)

avèk manje _____ san manje _____ jan ou vle _____
 (with food) (without food) (as desired)

Rezon ki fè wap pran antikowagilan (Reason on anticoagulant)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fibrilasyon orikilè (lè rit kè a pa regilye)
(ritmo cardíaco irregular)
(Atrial Fibrillation [irregular heart rhythm]) | <input type="checkbox"/> Anboli pilmonè [PE] (kayo san nan poumon)
(PE [clot in lung]) |
| <input type="checkbox"/> Enfaktis miskilati kè [MI] (kriz kadyak)
(MI [heart attack]) | <input type="checkbox"/> prevansyon fòmasyon kayo san apre operasyon
(prevention of clots after surgery) |
| <input type="checkbox"/> maladi nan vav kè/ranplasman vav kè
(valve disease/replacement) | <input type="checkbox"/> Twonboz pwofon nan venn [DVT] (kayo san nan venn kò a)
(DVT [blood clot in vein in body]) |
| <input type="checkbox"/> anomali nan fòmasyon kayo san
(blood clotting abnormality) | |

Dat ou kòmanse pran antikowagilan an ___/___/___
 (Anticoagulant Start Date)

Medsen ki preskri antikowagilan an:
 (Physician who prescribed anticoagulation)

Non (name): _____

Adrès (Address): _____

Telefòn (phone #): _____

Moun pou kontakte lè gen ijans (Contact in case of emergency)

Non (name): _____

Telefòn (phone #): _____

Rele doktè w la oubyen ale pran swen medikal san pèdi tan si w remake siy ak sentòm senyman



Vizit konsiltasyon ki planifye oubyen ki pa planifye pou fè swivi medikal (Planned or unplanned follow-up visits)

Dat (Date)	Lokal (Klinik oubyen biwo medsen) (Site) (Clinic or physician office)	Rezon (Reason)

Rezilta swivi pou tèss laboratwa (Follow-up laboratory results)

Dat (Date)	PT/INR (PT/INR)	BUN[azòt ireyik nan san]/Kreyatinin serik (BUN/Serum Creatinine)	Tès pou evalye kapasite pou ren yo elimine kreyatinin (Creatinine Clearance)	Hgb/Hct (Hgb/Hct)	Plakèt (Platelets)	Tès pou evalye fonksyon ren yo (Liver tests)

Enstriksyon enpòtan pou pasyan an

Pran medikaman w lan jan yo preskri w li a (Lè w PA PRAN medikaman w lan ou PA GEN pwoteksyon)
 Piga ou janm sispann pran medikaman w lan san w pa konsilte medsen w lan
 Piga ou janm ajoute okenn medikaman san w pa konsilte medsen w lan
 Avèti dantis ou, chirijyen ou oubyen lòt medsen kap trete w pou fè yo konnen ki medikaman wap pran, anvan yo fè nenpòt entèvansyon (pwosedi) medikal pou ou

Alèji:
(Allergies)

**Lis Medikaman
(Medication List)**

Non (Name)	Dòz (Dose)	Direksyon (Directions)													
		8a	9a	10a	11a	12n	1p	2p	3p	4p	5p	6p	7p	8p	9p

