

**CONSEILS PENDANT LA DURÉE DU TRAITEMENT ANTICOAGULANT**

Traitement :  temporaire  définitif

**INR CIBLE :** ..... Contrôler au moins une fois par mois

Noter les INR sur le carnet de traitement anticoagulant

- Ne prendre aucun médicament sans avis médical (risques d'interactions)
- Consulter votre médecin en urgence en cas de saignement ou d'hématomes ou si l'INR est supérieur à 5
- Signaler que vous êtes sous anticoagulant à tout médecin/professionnel de santé
- Ne pas modifier ou interrompre le traitement sans avis médical

Médecin Traitant

.....

Cardiologue traitant

.....



Nom, prénom : .....

.....

**PREVENTION DE L'ENDOCARDITE INFECTIEUSE**

Recommandations 2002

**Cardiopathies à risque élevé d'endocardite infectieuse (Groupe A) :**

- Prothèse valvulaire cardiaque
- Cardiopathies congénitales cyanogènes non opérées
- Antécédents d'endocardite

Remis par le Dr : .....

le : .....

À .....

tél : .....

[www.infectiologie.com](http://www.infectiologie.com)

[www.sfcadio.com](http://www.sfcadio.com)

[www.fedecadio.com](http://www.fedecadio.com)

[www.adf.asso.fr](http://www.adf.asso.fr)

[www.endocardite.fr](http://www.endocardite.fr)

AEPEI, Hôpital Bichat Claude Bernard - 75877 Paris Cedex 18

**Cette carte doit être systématiquement montrée à votre Médecin/votre dentiste**

En cas de soin dentaire à risque\*, traitement antibiotique préventif

### Impératif

Prendre en une prise, par la bouche, dans l'heure précédente

Si pas d'allergie connue aux B-lactamines :

**Amoxicilline : 3 g** (si poids < 60 kg : 2 g - enfant : 75 mg/kg)

Si allergie connue aux B-lactamines :

**Pristinamycine : 1 g** (enfant 25 mg/kg) ou **Clindamycine : 600 mg** (enfant 25 mg/kg)

**En cas de fièvre** (en particulier dans les semaines suivant un soin dentaire) :

- prévenir systématiquement votre médecin
- lui présenter cette carte
- ne pas prendre d'antibiotiques sans son avis

\* autres gestes : consulter votre cardiologue ou votre médecin traitant



SFC SFCTCV

**Date d'implantation :** .....

**Lieu d'implantation :** .....

Nom du chirurgien : .....

#### Aortique

- Mécanique
- Biologique
- Réparation

Modèle/ref. :  
.....

N° de série :  
.....

Diamètre : .....

#### Mitrale

- Mécanique
- Biologique
- Réparation

Modèle/ref. :  
.....

N° de série :  
.....

Diamètre : .....

#### Autres

- Mécanique
- Biologique
- Réparation

Modèle/ref. :  
.....

N° de série :  
.....

Diamètre : .....