

# INR napló

Név \_\_\_\_\_

Véralvadásgátló: \_\_\_\_\_

Dátum	INR	Dózis	Köv. ellenőrzés

Dátum	INR	Dózis	Köv. ellenőrzés

**WARNING Dear Doctor!**  
**I am regularly taking ORAL ANTICOAGULANT THERAPY by prescription.**