



RCP Thrombose

Professeur MENEVEAU Nicolas
Cardiologie
Docteur COSTA Patricia
Médecine Vasculaire
Docteur MOUREY Guillaume
Médecin Biologiste Laboratoire Hémostase
Docteur FOURNEL Alexandra
Hématologie, Consultation Hémostase
Docteur Nicolas MOTTET
Gynécologie-Obstétrique
Docteur KALBACHER Elsa
Oncologie
Docteur BERTHOU Julie
Pharmacien
Docteur RABIER Marie-Blanche
Docteur GAIFFE Anais
Centre de Pharmacovigilance
Docteur SALOMON DU MONT Lucie
Chirurgie vasculaire

Docteur BONNET Louise
Neurologie
Professeur CHOPARD Romain
Cardiologie
Docteur BARROT Loïc
Anesthésie-Réanimation
Docteur COAQUETTE Alain
Médecin Biologiste Laboratoire de Biologie Médicale

Date de la demande :
Demande effectuée par :

Identité du patient

Nom :
Prénom :
Date de naissance : **Age :**

Particularités du patient

Poids :
Taille :
Tabac : oui / non - si oui (préciser la quantité) – si arrêt (depuis quand ?)
HTA / Diabète / Dyslipidémie.
Varices / Stripping.
Autres :

Histoire de la Maladie

-
-
-
-

Autres Thromboses

Veineuse Artérielle

Age du patient :

Nature (profonde – superficielle – autres...) et localisation :

Situation :

* spontanée oui non

* contraception orale ou traitement hormonal substitutif de ménopause

Oui nom : date d'introduction :

Non

* chirurgie

Oui nature et date :

Non

* immobilisation

Oui nature et date :

Non

* grossesse / post partum oui non

* cancer oui non

* autres :

Moyens de diagnostic :

Résultats de l'exploration vus par l'interrogateur oui non

Thérapeutique instaurée :

*Molécule/médicament :

*Dosage :

*Posologie :

*Durée de traitement :

Dopplers de contrôle

Oui non si oui faits par radiologue

Dates : par angiologue

Résultats vus par l'interrogateur : oui non

Séquelles : oui non

(Ou Compte-rendu ci-joint)

Fausse couches précoces

Précoces (<10 semaines) oui (nombre :) non
Tardives (> 10 semaines) oui (nombre :) non

Pré-éclampsie, retard croissance fœtale oui (nombre :) non

Préciser les situations à risque vécues après l'âge de 15 ans, sans prévention et sans thrombose

Grossesses (nombre, âges) :

IVG (nombre, âges) :

Chirurgies (nature, âges) :

Immobilisations prolongées – alitement (nombre, âges)

Immobilisations membres inférieurs – plâtres, attelles, strappings (nombre, âges)

Voyages > 8 h en avion ou voiture (nombre, années)

Contraception orale ou traitement hormonal substitutif (nature, durée d'exposition)

Autres actes médicaux.

Bilans de thrombose

Joindre la copie de tous les résultats des bilans de thrombophilie effectués et des autres examens pertinents.

Préciser :

Date du premier bilan :

Traitements au moment du bilan :

Anticoagulants ? (Si oui préciser le nom) :

Hormonaux ?

Autres traitements susceptibles de modifier les résultats du bilan de thrombophilie ?

NF plaquettes :

TP :

TCA :

Fibrine :

Anticorps anti phospholipide lupique:

Anticorps anti cardiolipine:

Anticorps anti bêta 2GP1:

Anti thrombine III:

Protéine C :

Protéine S :

Mutation du Facteur V leiden :

Mutation du gène de la prothrombine :

Bilan hépatique normal : oui non (préciser :).

