



Groupe d'auteurs : L. MONTEAU – M. ALHENC GELAS – L. MAUGE

NOM-Prénom du patient :

Date de naissance :

SERVICE :

NOM du médecin prescripteur :

Poids :

Taille :

Groupe sanguin :

Tabac :

Mode de vie :

HTA oui non Dyslipidémie oui non

Diabète oui non Varices/stripping oui non

Traitement au moment du bilan de thrombose (y compris hormones) :

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

Histoire thrombotique personnelle (veineuse et/ou artérielle)

1^{er} épisode : TVP/EP/TVS/T artérielle

- Date :

- Nature (profonde, superficielle, autre...) et localisation :

.....
.....

- Moyens de diagnostic :

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

- Situations cliniques favorisantes :

	OUI	NON	NR*
IMC > 30 kg/m ² Chirurgie majeure (>30 min + anesthésie générale) < 3 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracture des membres avec immobilisation ou polytraumatisme > 3j, < 3 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affection médicale aiguë avec immobilisation > 3j, < 3 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer actif (diagnostic < 6 mois ou ttt en cours ou métastases)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grossesse/post partum (terme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement oestro-progestatif (si oui nom, date d'introduction)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement hormonal substitutif avec œstrogène par voie orale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voyage > 4h avion, car, voiture, train** (si oui durée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres situations cliniques ?

*NR : non renseigné ; ** d'après Cannegieter et al, Plos Medicine 2006

Anticoagulation préventive durant ces situations (molécule, dose, durée) :



- **Prise en charge thérapeutique de la thrombose** (molécule, dose, durée) :

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

- **Imagerie de contrôle** : oui non

Date :

Séquelles ? : oui non Résultats vus par l'interrogateur ? : oui non

Autres épisodes thrombotiques

Pour chaque épisode, indiquer la date, la nature, la localisation, les éventuels facteurs de risque +/- prévention et la prise en charge thérapeutique

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

Autres évènements :

Fausse couche spontanée :

- précoces (<10 semaines de gestation) : non oui (nb et date :.....)
- tardives (>10 semaines de gestation) : non oui (nb et date :.....)

Eclampsie non oui (nb et date :.....)

Prééclampsie non oui (nb et date :.....)

Retard croissance intra-utérin non oui (nb et date :.....)

Situations à risque après 15 ans, sans prévention et sans thrombose :

- Grossesses (nombre, âges) :
- IVG (nombre, méthode, âges) :
- Contraception oestroprogestative ou traitement hormonal substitutif oraux (si oui nature ? et durée d'exposition ?) :
- Chirurgies (nature, âges) :
- Immobilisations prolongées (alitement) (nombre, âges) :



2 Anticorps antiphospholipides :

- TCA (réactif :) et Rosner :
- DRVVT (réactif :) :
- Ac anticardiolipine (réactif :) : IgG : IgM :
- Ac anti- β 2GPI (réactif :) : IgG : IgM :

3 AT :

- cof hep (réactif :) :
- antigène (réactif :) :
- progressive (réactif :) :

4 PC

- anticoag (réactif :) :
- antigène (réactif :) :
- amidolytique (réactif :) :
- si PC basse, FVII ou FVII+X ? :

5 PS

- activité (réactif :) :
- libre (réactif :) :

6 RPCA (réactif :) :

7 FVLeiden :

8 FII 20210G>A :

9 FVIII :

10 Fibrinogène :

11 Bilan hépatique normal : oui non

12 JAK2 :

13 HPN :

14 Homocystéinémie :

15 Autre :

Bilan de contrôle : date, même type de renseignements pour le paramètre d'intérêt