Feuille de renseignement - Bilan de thrombophilie

N° Sigma : **Nom :** *COLLER ICI* **Prénom :** *L'ETIQUETTE* **Nom de naissance :** *SIGMA* **Né(e) le :**	**Service de soins (UF)** *COLLER ICI L'ETIQUETTE N° UF* _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	**MEDECIN PRESCRIPTEUR MENTION OBLIGATOIRE** _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	*RESERVE A L'ETIQUETTE CODE BARRE INTERNE BIOLOGIE*

TRAITEMENT(S) AU MOMENT DU BILAN*	**HISTOIRE THROMBO-EMBOLIQUE PERSONNELLE (n = nombre d'épisodes)**	**CIRCONSTANCE DE SURVENUE du DERNIER EVENEMENT THROMBO-EMBOLIQUE**
☐ Pas de traitement anticoagulant ☐ AVK ☐ Arrêt AVK depuis > 3 semaines ☐ Curatif ☐ Préventif ☐ Héparine standard ☐ Héparine BPM ☐ Xarelto® : Précisez ci-dessous ☐ Pradaxa® : Précisez ci-dessous ☐ Eliquis® : Précisez ci-dessous - Posologie : _____ - Jour/heure de la dernière prise : ☐ Autre traitement anticoagulant : ☐ Œstrogènes ☐ Arrêt œstrogènes depuis plus de 2 cycles	☐ TVP proximale du membre inférieur, n : _____ ☐ Embolie pulmonaire, n :_____ ☐ TVP du site inhabituel, n :_____ Site : _____ ☐ TVP distale du membre inférieur, n : _____ ☐ TV superficielle, n :_____ **Complications obstétricales** ☐ Fausses couches spontanées : Précoces (<10SA), n :_____ tardives (>10SA), n :_____ ☐ Mort fœtale *in utero*, n :_____ Pré-éclampsie/éclampsie, n :_____ ☐ Hématome retro-placentaire, n :_____ ☐ Naissance prématurée (<36 SA), n :_____ Retard de croissance fœtale, n :_____ **Date de survenue du dernier évènement :** ___/____/____ ☐ Grossesse en cours ou post-partum < 2 mois **Age de survenue du 1er évènement :** _____	☐ **Idiopathique, spontanée** ☐ **Circonstance déclenchante majeure :** immobilisation plâtrée ou fracture d'un membre inférieur ou chirurgie sous anesthésie générale > 30 minutes ou alitement > 3 jours, survenu dans les 3 mois précédents ou cancer actif dans les 2 ans précédents ☐ **Circonstance déclenchante modérée ou mineure :** grossesse ou post-partum, contraception œstroprogestative ou THS pris dans l'année ayant précédée la MTEV, voyage > 6 h **Autre :**

Enquête familiale	**Antécédents familiaux de MTEV :**
Nom/prénom du propositus : _____, né(e) le _____/_____/_____ Lien de parenté : _____ Anomalie biologique chez propositus : _____	

* **Information indispensable pour permettre un choix optimal des tests à réaliser et une interprétation correcte des résultats**