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)

1er 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/m²Chirurgie majeure (>30 min+anesthésie générale) < 3 mois	☐	☐	☐
Fracture des membres avec immobilisation ou polytraumatisme > 3j, < 3 mois	☐	☐	☐
Affection médicale aigüe avec immobilisation > 3j, < 3 mois	☐	☐	☐
Cancer actif (diagnostic < 6 mois ou ttt en cours ou métastases)	☐	☐	☐
Grossesse/post partum (terme)	☐	☐	☐
Traitement oestro-progestatif (si oui nom, date d'introduction)	☐	☐	☐
Traitement hormonal substitutif avec œstrogène par voie orale	☐	☐	☐
Voyage > 4h avion, car, voiture, train** (si oui durée)	☐	☐	☐

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) : ……
  ……

- Immobilisation mb inférieurs (plâtres, attelles, strappings) (nombre, âges) : ……
- Voyages >4h avion/voiture/train/car (nombre/an, nature du voyage) : ……..
  ……
- Autres antécédents médicaux : ……..
  ……

Antécédents familiaux de thrombose : joindre un arbre généalogique

Description pour chaque membre : thromboses veineuses ou artérielles (date, localisation, situations à risque, prise en charge), situations à risque de thrombose sans évènements et résultats du bilan de thrombose le cas échéant.

Bilans de thrombose

(Résultats, laboratoire, noms des réactifs et valeurs usuelles pour les tests spécifiques, précisez en cas d'anomalie si la persistance a été contrôlée et les résultats des contrôles)

Premier bilan : **Date :** ……

1. Traitements au moment du bilan :

- anticoagulants ? ☐ non ☐ oui (nature : ……)
- hormonaux ? ☐ non ☐ oui (nature : ……)
- autres susceptibles de modifier les résultats ? ☐ non ☐ oui (nature : ……)

2 Anticorps antiphospholipides :

- TCA (réactif : ……) et Rosner : ……..
- DRVVT (réactif : ……) : …….
- Ac anticardiolipine (réactif : …….) : IgG : ……. IgM : ……..
- Ac anti-β2GPI (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