

Préleveur	Patient
	Nom : Prénom : Date de naissance : Sexe : M / F <i>(ou étiquette dossier)</i>

INTERROGATOIRE (cocher les cases correspondantes)

I. Contexte clinique, antécédents médicaux et chirurgicaux :

➔ Quel est le motif de la prescription de ce bilan ? :

➔ 1er épisode de Maladie ThromboEmboliqueVeineuse (MTEV) OUI Si NON (nombre et date)

➔ Dans les 3 mois précédents votre MTEV :

- Immobilisation plâtrée OUI NON
- Fracture d'un membre inférieur OUI NON
- Chirurgie sous anesthésie générale supérieure à 30 minutes OUI NON
- Alitement supérieur à 3 jours OUI NON

➔ Cancer actif dans les 2 ans OUI NON

➔ Voyage récent supérieur à 6 heures OUI NON

➔ Tabagisme OUI NON

➔ Obésité OUI NON

➔ Varices OUI NON

➔ Antécédents familiaux de MTEV (parent, enfant, fratrie) OUI (QUI, QUOI ?)..... NON

➔ Antécédents médicaux :

- Lupus, maladies inflammatoires digestives OUI Le(s)quel(s) ?..... NON
- Cardio, neuro, hémato, néphrologique OUI Le(s)quel(s) ?..... NON

➔ Pour les femmes :

- Grossesse ou Post-Partum OUI NON
- Contraception oestroprogestative (CO) prise dans l'année OUI NON
- Traitement hormonal substitutif (THS) de la ménopause pris dans l'année OUI NON

II. Traitement en cours :

➔ Traitement anticoagulant (AVK, Héparine, Pradaxa, Xarelto, Eliquis) Oui Lequel..... NON

➔ Traitement médicamenteux en cours OUI Le(s)quel(s) ?..... NON

➔ **Dosage impossible** pour **PC, PS, RACC** si Tt par AVK (attendre au moins 1 mois après arrêt) si Tt par **XARELTO, PRADAXA, ELIQUIS** (attendre 3 jrs après arrêt) ou si Tt par L-Asparaginase

➔ **Dosage impossible** pour **AT3** si HNF ou HBPM en traitement curatif (attendre 10 jrs après arrêt), si **XARELTO, PRADAXA, ELIQUIS** (attendre 3 jrs après arrêt) ou si Tt par L-Asparaginase.

➔ **Dosage impossible** pour **AT3** et **PS** en cas de grossesse (>10 SA), si THS ou si CO (> 30 µg d'éthinylestradiol) attendre au moins 2 cycles après arrêt.