Identification du Prescripteur :

Établissement : *Service :*

Nom :

Identification Patients :

Nom de naissance : *Date de naissance :*

Nom d'usage : *Sexe :* ❑ F ❑ M

Prénom :

Renseignements Cliniques :

Numération plaquettaire :
(Justifiant le bilan)

V.P.M :
(si disponible)

Date de la Numération plaquettaire :

Traitement en cours :

Contexte de l'analyse :

Thrombopénie isolée :	❑ Oui	❑ Non	
Antécédent de PTI :	❑ Oui	❑ Non	
Maladie auto immune	❑ Oui	❑ Non	Précisez :
Hémopathies lymphoïdes (LLC, Lymphome, maladie de Hodgkin) :	❑ Oui	❑ Non	
Transfusion plaquettaire récente :	❑ Oui	❑ Non	Date dernière transfusion :
Suspicion de purpura post-transfusionnel :	❑ Oui	❑ Non	
Inefficacité de la transfusion plaquettaire :	❑ Oui	❑ Non	
Grossesse en cours	❑ Oui	❑ Non	Date du terme :
Mort fœtale in utero	❑ Oui	❑ Non	
Nouveau-né thrombopénique	❑ Oui	❑ Non	Précisez nom, prénom et DDN du NNé :
Nouvelle grossesse / antécédents de thrombopénies fœtales ou néonatales	❑ Oui	❑ Non	_____

Autres renseignements en lien avec la prescription :

_____

_____

_____

_____