

CENTRE HOSPITALIER - NIORT

LABORATOIRE D'HEMATO-IMMUNOLOGIE

Tél. : 05.49.78.31.75 - Fax. : 05.49.78.31.64

**THROMBOPENIE SOUS HEPARINE
DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

Vous avez demandé la recherche, dans le plasma de l'un de vos patients d'un facteur agrégeant les plaquettes d'un témoin, en présence d'héparine ajoutée *in vitro*.

Afin de permettre l'analyse de ces données, nous vous serions reconnaissants de **compléter le questionnaire suivant** et de nous adresser, avec le **tube prélevé sur citrate** nécessaire au test, la (les) **héparine(s) reçue(s)**

Cette analyse n'est pas effectuée en garde, et le résultat vous sera transmis dans un délai maximum de 72H, week-end exclu.

Nom et prénom :Service :

Date de naissance :

Date du prélèvement :Heure :

Histoire clinique AVANT le 1er prélèvement pour le test

1) Héparinothérapie

Date du **début** de traitement :

Indication : prophylactique **OUI** **NON** expliciter :
ou thrombose constituée **OUI** (siège :) **NON**

Type d'héparine, voie d'administration :

Traitements antérieurs par une héparine **OUI** année : **NON**

2) Traitements associés avant la constatation de la thrombopénie :

Médicament	Date de début	Arrêt éventuel
.....
.....
.....
.....

3) Tableau rassemblant les variations des numérations plaquettaires

Dates	Type d'héparine et posologie	numérations plaquettaires
.....
.....
.....
.....
.....

T.S.V.P

Autres étiologies possibles de la thrombopénie OUI NON
Médicamenteuse, infectieuse, cancer, pathologie auto-immune...?
.....
.....

Complications

1) thromboemboliques **OUI NON**

siège :

2) hémorragiques **OUI NON**

description brève :

3) CIVD **OUI NON PAS RECHERCHEE**

Evolution

1) changement de thérapeutique **OUI NON**

date :

autre anticoagulant : **OUI NON**

lequel :

mode d'administration et posologie :

date de l'arrêt de toute forme d'héparinothérapie :

2) Plaquettes : date sup à 100 000/mm³ :

sup à 120 000/mm³ :

sup à 150 000/mm³ :