



**Formulaire Recherche d'anticoagulant circulant de type lupique  
(Prescription / Renseignements)**

Ce document doit accompagner OBLIGATOIREMENT votre demande d'envoi de prélèvements afin d'assurer une interprétation biologique adéquate et une communication de résultats en urgence si nécessaire.

Il est conseillé de garder une copie de ce document pour vos archives

Service de biologie médicale du centre hospitalier de Versailles (hôpital André Mignot),  
responsable Dr B. Maneglier

Secteur Hémostase, responsable **Dr C. Flaujac**

177 rue de Versailles, 78150 Le Chesnay

Contact :

Le jour : **01-39-63-80-42** (biologiste) ou **01-39-63-80-44** (technicien)

La nuit : **01-39-63-88-07** (biologiste ou technicien)

**Examens demandé (cocher la case) :**

- recherche d'anticoagulant circulant de type lupique (test TCA sensibilisé en phospholipides et test du venin de vipère Russel dilué)

**Prélèvement :**

Sang total

2 Tubes de prélèvement : citrate 3,2% (bouchon bleu), remplissage > 90%

(le cas échéant plasma pauvre en plaquettes préparé selon les recommandations du GEHT, après double centrifugation et décantation, minimum 1,2ml)

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT le TP, TCA (+/- dosages de facteurs) réalisés sur le même prélèvement que celui transmis pour la recherche**

**Transport :**

Température ambiante

Délai maximum d'acheminement au laboratoire du CHV depuis le prélèvement : 2h00

Si le plasma est transmis congelé, le transport doit suivre les recommandations habituelles (carboglance...)

**Réalisation du dosage :** par série au moins 1X/semaine

**Renseignements obligatoires pour l'interprétation et contexte clinique** motivant la demande de l'examen

- **Thrombose veineuse profonde, phase aiguë ?**

Précisez (localisation, date de diagnostic).....

Traitement anticoagulant en cours (nom, date et heure de dernière prise/injection)

- **Thrombose veineuse profonde (datant de moins de 5 ans ; si TVP>5 ans, la recherche d'ACC de type lupique ne doit pas être prescrite dans le bilan de thrombophilie)?**

Précisez (localisation, date de diagnostic).....

Traitement anticoagulant en cours (nom, date et heure de dernière prise/injection)



-  **Thrombose artérielle?**

Précisez (localisation, date de diagnostic).....

Traitement anticoagulant en cours (nom, date et heure de dernière prise/injection)

-  **Maladie auto-immune ?**

Précisez (rappel des pathologies les plus fréquentes associées à un anticoagulant de type lupique sont le lupus, le PTI, l'AHAI et la PR).....

Précisez si le patient reçoit du Plaquenil® (dose, date de dernière prise)

-  **Contrôle de la persistance d'un Anticoagulant circulant de type lupique mis en évidence il y a au moins 12 semaines (avant le délai de 12 semaines, le contrôle ne doit pas être prescrit)?**

Précisez les résultats des examens complémentaires :

Anticorps anti-cardiolipine (IgG) : .....

Anticorps anti-cardiolipine (IgM) : .....

Anticorps anti-bétagp1 (IgG) : .....

Anticorps anti-bétagp1 (IgM) : .....

Précisez si le patient reçoit du Plaquenil® (dose, date de dernière prise)

-  **Anomalie biologique d'un allongement du TCA/TCK, ayant déjà exclu un déficit en facteur VIII ; IX, XI ou XII**

**Personne à contacter pour communiquer les résultats (coordonnées exhaustifs : nom, prénom, téléphone, fax...).** Cette précision est nécessaire lorsque la personne responsable de l'envoi, n'est pas la même que celle qui assure la prise en charge du patient.

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

**Téléphone :** ..... **Fax :** .....

ou **Mail :** .....

**Codification : NABM 1020**