



**Formulaire Anticoagulants Oraux Directs (AOD)
(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 nécessaire):

- ☐ Dosage de l'activité anti-Xa rivaroxaban (Xarelto®)
- ☐ Dosage de l'activité anti-IIa dabigatran (Pradaxa®) (technique Hémoclot®)
- ☐ Dosage de l'activité anti-Xa apixaban (Eliquis®)
- ☐ Dosage de l'activité anti-Xa edoxaban (Lixiana®)

Prélèvement :

Sang total

Tube 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)

Transport :

Température ambiante

Délai maximum d'acheminement au laboratoire du CHV depuis le prélèvement : 3h00

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

Réalisation du dosage : 24h/24

Renseignements obligatoires pour l'interprétation

Nom de l'anticoagulant :

Date de la dernière prise :

Heure de la dernière prise :

Posologie :

Clairance de la créatinine selon Cockcroft :ml/min



Contexte clinique motivant la demande de l'examen et degré d'urgence

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Personne à contacter pour communiquer les résultats en urgence (*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 :

Code : E164