



**Formulaire Recherche de facteur de risque biologique de maladie thrombo-embolique
veineuse (thrombophilie congénitale)
(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 d'antithrombine (colorimétrie)

pour le CHV Code MOLIS AT3

- dosage de protéine S (chromométrie)

pour le CHV Code MOLIS PS1

- dosage de protéine C (chromométrie) : 1^{ère} intention sauf si traitement AOD ou AVK

pour le CHV Code MOLIS PC2

- dosage de protéine C (colorimétrie) : si traitement AOD ou AVK

pour le CHV Code MOLIS PC1

Prélèvement :

Sang total

1 Tube de prélèvement ou aliquot si 1 examen prescrit: citrate 3,2% (bouchon bleu),
remplissage > 90% **ET 2 tubes ou 2 aliquotes si plus de 1 examen prescrit**

(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**

RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT les traitements anticoagulants

Transport :

Température ambiante

Délai maximum de réalisation au laboratoire du CHV (sang total) : 4h après le prélèvement
(24h pour un dosage d'antithrombine prescrit seul)

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

Réalisation du dosage : par série au moins 1X/semaine pour PC et PS

24h/24 pour antithrombine



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

- [] **Thrombose veineuse profonde, phase aigüe ?**

oui

non

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

- **Traitement anticoagulant en cours au moment du prélèvement**

oui

non

Nom de l'anticoagulant :

Date de la dernière prise/injection :

Heure de la dernière prise/ injection :

- **Grossesse en cours au moment du prélèvement**

oui

non

Date du début de grossesse :

Ou date prévue d'accouchement:

- **CIVD (coagulation intra-vasculaire disséminée) au moment du prélèvement**

oui

non

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 :

AT : NABM 0189

PC : NABM 0189

PS : NABM 0190