



**Formulaire Temps d'occlusion plaquettaire (PFA)
(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 Maneglier

Secteur Hémostase, responsable **Dr Claire Flaujac**

177 rue de Versailles, 78150 Le Chesnay

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

Examens demandé (*cocher la case nécessaire*):

- [] temps d'occlusion plaquettaire : test PFA-200

S'il existe une demande particulière pour la réalisation de la cartouche collagène-épinéphrine ou collagène-ADP : merci de préciser. Sinon, les cartouches seront lancés en respectant les recommandations nationales et internationales ainsi que l'arbre décisionnel du centre hospitalier de Versailles.

.....
.....

Prélèvement :

* Sang total

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

* En tube numérotés « 1 » et « 2 » selon l'ordre de prélèvement, et clairement indiqués sur les tubes. L'examen sera réalisé sur le tube n°2.

En cas d'envoi du tube numéroté n°2 uniquement, il est indispensable de nous faire parvenir l'hématocrite et le nombre de plaquettes du patient, (résultats issus d'un prélèvement concomitant au tube n°2).

Hématocrite du patient :.....%

Plaquettes du patient :..... G/L

Transport :

Température ambiante avec un délai maximum d'acheminement au laboratoire de 2h00

Prise en charge du test : 9h à 16h (heure d'arrivée des prélèvements)

Renseignements obligatoires pour l'interprétation

Syndrome hémorragique actuel : Oui [] Non []

Si oui précisez, les sites de saignements (cutanéomuqueux ???) ou le diagnostic retenu (maladie de Willebrand ?)

.....
.....



Si les dosages de facteurs Willebrand sont connus, merci de préciser.

Facteur Willebrand antigène (%): Facteur Willebrand activité (%):

Bilan pré-opératoire :

Oui [] Non []

Date d'intervention prévue :

Médicaments interférant classiquement avec les fonctions plaquettaires :

Ticlid® Oui [] Non []

Plavix® Oui [] Non []

Brilique® Oui [] Non []

Efient® Oui [] Non []

Kardegic® Oui [] Non []

Aspirine Oui [] Non []

AINS Oui [] Non []

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 et cotation à titre informatif:

Code : E112/cartouche

Cotation : BHN50/cartouche

.....