

Formulaire Anticoagulants hors 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)	Etiquette patient
---	-------------------

Examens demandé (cocher la case nécessaire):

- ☐ Dosage de l'activité anti-Xa héparine non fractionnée HNF (héparine sodique IV SE ou Calciparine®)
- ☐ Dosage de l'activité anti-Xa héparine de bas poids moléculaire (HBPM)
- ☐ Dosage de l'activité anti-Xa Arixtra® (fondaparinux)
- ☐ Dosage de l'activité anti-Xa Orgaran® (danaparoïde)

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 de réalisation au laboratoire du CHV (sang total) : 6h après le prélèvement, sauf pour anti-Xa HNF délai maximum de réalisation 4h après le prélèvement. Pour l'HNF, le plasma peut être centrifugé dans les 2h suivant le prélèvement et le dosage réalisé dans les 4h au total suivant le prélèvement.

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

Réalisation du dosage : 24h/24

Renseignements obligatoires pour l'interprétation

Nom de l'anticoagulant :

Date de la dernière prise/injection :

Heure de la dernière prise/ injection :



Posologie :

Clairance de la créatinine selon Cockcroft :ml/min

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

.....
.....
.....
.....

Un anticoagulant de type AOD (Xarelto®, Eliquis® ou Lixiana®) a-t-il été prescrit et interrompu dans les 5 jours précédents cette demande de dosage : si oui (précisez date, nature et dose de dernière prise car risque d'interférence sur la mesure de l'activité anti-Xa)

.....
.....

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 :**