



**Formulaire dosage du facteur Willebrand (antigène et/ou activité)
et bilan Willebrand (FVIII, FvW antigène et activité)
(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 demandés (*cocher la ou les cases cases nécessaire*):

- dosage antigène et activité du facteur Willebrand et calcul du ratio FvW:GP1bM /FvW:Ag pour classification de la maladie de Willebrand
- dosage antigène et activité du facteur Willebrand et calcul du ratio FvW:GP1bM/FvW:Ag + dosage du facteur VIII et calcul du ratio FVIII/FvW:Ag pour classification de la maladie de Willebrand
- dosage antigène du facteur Willebrand
- dosage activité du facteur Willebrand (FvW:GP1bM : réactif INNOVANCE)

S'il existe une demande particulière pour la réalisation, merci de préciser, sinon les tests seront lancés en respectant les recommandations nationales et internationales ainsi que l'arbre décisionnel du centre hospitalier de Versailles.

.....
.....

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: 1h30

Au-delà le plasma doit être transmis congelé, le transport doit suivre les recommandations habituelles (carboglace...)

Prise en charge du test : 9h à 16h (heure d'arrivée des prélèvements) selon les séries des dosages du CHV, si demande de dosage en URGENCE (accord obligatoire avec le biologiste du CHV)



Renseignements obligatoires pour l'interprétation

Syndrome hémorragique actuel : Oui [] Non []
Si oui précisez

.....
.....

Traitements reçus par le patient (Minirin®, Octim®, Wilfactin®, Wilstart®, Voncento®, Veyvondi®...): Oui [] Non []
Si oui précisez (date, dose et heure de la dernière substitution)

.....

Groupe sanguin :

.....

Si diagnostic de maladie de Willebrand connu, merci de préciser:

.....
.....

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

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

Bilan pré-opératoire :

Oui [] Non []

Date d'intervention prévue et type d'intervention :

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:

NABM 0192 : ; NABM 1013 : ; NABM 0178 :

.....