



**Formulaire dosages des facteurs du TP (II, V, VII ou X)
(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 facteur II isolé
- dosage facteur V isolé
- dosage facteur VII isolé
- dosage facteur X isolé
- dosage des facteurs II, VII et X (facteurs Vitamino-K dépendants)
- dosage des facteurs II, V, VII et X (ensemble des co-facteurs = voie exogène)

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)

JOINDRE OBLIGATOIREMENT les résultats du TP, TCA +/- fibrinogène du prélèvement transmis, si les tests globaux ne sont pas réalisés au CH de Versailles.

Transport :

Température ambiante

Délai maximum d'acheminement au laboratoire du CHV depuis le prélèvement: 20h

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

Prise en charge du test : 9h à 15h (heure d'arrivée des prélèvements) selon les séries des dosages du CHV du lundi au samedi.

Si demande de dosage en URGENCE en dehors des horaires ci-dessus (accord obligatoire avec le biologiste du CHV)

Renseignements obligatoires pour l'interprétation

Bilan pré-opératoire :

Oui

Non

Date d'intervention prévue et type d'intervention :

Traitements anticoagulants reçus par le patient pouvant interférer avec les dosages:



- **Anticoagulants oraux directs (rivaroxaban XARELTO®, apixaban ELIQUIS®, edoxaban LIXIANA®, dabigatran PRADAXA®)**

- **Anti-vitamines K (Sintrom®, Previscan®, Coumadine®...)**

Si oui précisez (date, dose et heure de la dernière prise)

.....
.....

Syndrome hémorragique actuel : Oui [] Non []

Si oui précisez

.....
.....

Traitements reçus par le patient (du PPSB, du PFC de la vitamine K par voie orale ou IV, ou un autre agent procoagulant): Oui [] Non []

Si oui précisez (date, dose et heure de la dernière substitution)

.....
.....

Si les déficits en facteurs antérieurement connus, merci de préciser.

.....
.....

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 :**