



Nom : Prénom : Sexe :
Date de Naissance : Date de la demande :
Service :

Antécédents médicaux-chirurgicaux :
.....

Médicaments reçus par le patient (lors de la thrombopénie) :
.....

Indication de l'Héparinothérapie :
.....

Nom de l'Héparine administrée : Début du traitement :
Posologie : UI/24 heures

Voie : sous-cutanée - intra-veineuse

Plaquettes au début de l'héparinothérapie : Giga/l
Thrombopénie à J....., soit le - Plaquettes à Giga/l

Complications thrombotiques ? Oui - Non
si oui, lesquelles ?

Manifestations hémorragiques ? Oui - Non
si oui, lesquelles ?

État infectieux ? Oui - Non

Bilan de coagulation lors de la TIH (résultats)
TP : % Fibrinogène : g/l Facteur V : % PdF : µg/ml Ddi : µg/ml

Attitude thérapeutique : Arrêt de l'héparine ? Oui - Non
Autre anti-thrombotique ? Oui - Non
si oui, lequel ?

Évolution de la numération plaquettaire :
Correction de la numération plaquettaire (plaq > 150 G/l) Oui - Non
si oui, préciser en combien de jours :

Évolution clinique :
.....

Tests diagnostiques réalisés dans votre laboratoire (indiquer le labo.) :