



BILAN DE THROMBOPHILIE SOUS ANTICOAGULANTS ORAUX DIRECTS **(DOAC)**

PATIENT : Vignette ou à défaut :	PRESCRIPTEUR	RESERVE AU LABORATOIRE
Nom : Prénom : N° National : Date de naissance : Adresse : CP : Localité :	Date : Médecin : Signature : Cachet :	

<u>TRAITEMENT EN COURS</u>
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> RIVAROXABAN - Xarelto®<input type="radio"/> APIXABAN - Eliquis®<input type="radio"/> EDOXABAN - Lixiana®<input type="radio"/> DABIGATRAN - Pradaxa® Posologie : Date et heure de la dernière dose :

<u>ANALYSES SOUHAITEES</u>
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> TAUX DE PROTHROMBINE - INR (201)<input type="radio"/> TEMPS CEPHALINE ACTIVEE (2021)<input type="radio"/> FIBRINOGENE (2040)<input type="radio"/> TEMPS DE THROMBINE (TT) <p style="text-align: right;">} 1 tube citaté</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> ANTITHROMBINE (207+149)<input type="radio"/> PROTEINE C (2073)<input type="radio"/> APC RESISTANCE (2074+148)<input type="radio"/> PROTEINE S (2075) <p style="text-align: right;">} 1 tube citaté supplémentaire</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> ANTICOAGULANT LUPIQUE (2048+144) <p style="text-align: right;">} 1 tube citaté supplémentaire</p>