pôle laboratoires

Service d'Hématologie Biologique
Fiche de renseignement : tests d'exploration fonctionnelle plaquettaire

Tél. : 03-83-15-37-63
Fax : 03-83-65-61-41

Date du prélèvement :

Médecin prescripteur à contacter :

Identité du patient
(Coller une étiquette)

Service demandeur
(Tampon du service)

Motif d'hospitalisation :

Raison de la demande :

☐**Réponse au traitement antiplaquettaire** : ☐ Manifestation thrombotique ☐ Manifestation hémorragique
☐ Equilibre/observance du traitement ?

☐**Suspicion de thrombopathie : -** Saignements OUI/NON : si oui localisation :

- Enquête familiale de thrombopénie et/ou syndrome hémorragique : OUI/NON

Traitements reçus

Médicament	Posologie	Début du traitement Jour + heure	Dernière prise Jour + heure
Traitement inhibiteur du fonctionnement plaquettaire (« antiagrégant »)			
Aspirine			
Anti-ADP Plavix / Efient / Brilique			
Reopro			
Agrastat			
Integrilin			
Autre Précisez :			
Autres traitements connus pour altérer la fonction plaquettaire			
AINS			
Antidépresseurs inhibiteur de recapture de la sérotonine (Seroplex….)			
Autres traitements			

Dernière numération plaquettaire : Date

Numérations antérieures :

Transfusion plaquettaire OUI/NON Date

Test déjà réalisé chez ce patient ? OUI/NON Date et résultat :