



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

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

TRAITEMENT EN COURS

- ☐ RIVAROXABAN - Xarelto®
- ☐ APIXABAN - Eliquis®
- ☐ EDOXABAN - Lixiana®
- ☐ DABIGATRAN - Pradaxa®

Posologie :

Date et heure de la dernière dose :

ANALYSES SOUHAITEES

- ☐ TAUX DE PROTHROMBINE – INR (201)
 - ☐ TEMPS CEPHALINE ACTIVEE (2021)
 - ☐ FIBRINOGENE (2040)
 - ☐ TEMPS DE THROMBINE (TT)
 - ☐ ANTITHROMBINE (207+149)
 - ☐ PROTEINE C (2073)
 - ☐ APC RESISTANCE (2074+148)
 - ☐ PROTEINE S (2075)
 - ☐ ANTICOAGULANT LUPIQUE (2048+144)
- } 1 tube citraté
- } 1 tube citraté supplémentaire
- } 1 tube citraté supplémentaire