

EXPLORATION DES MAT : ETUDE ADAMTS 13
LABORATOIRE D'HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE

Hôpital Cardiologique – Haut-Lévêque

Dr Anne RYMAN

☎ 05.57.65.64.78 ou poste 20365 – Fax. : 05.57.65.68.45

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

DATE de la demande ::

SERVICE DEMANDEUR : _____ ☎ _____ fax _____

Nom du Prescripteur : _____ Nom du Préleveur : _____

PATIENT :NOM /Prénom _____ Nom de JF : _____

Date de Naissance : _____ Sexe : masculin féminin

• **PATHOLOGIE SUSPECTEE**

Purpura thrombotique thrombocytopénique (PTT) Familial oui non

Syndrome hémolytique et urémique (SHU) Typique oui non

• **EPISODES DE MAT ANTERIEURS**

NON OUI Dates : _____

• **PATHOLOGIES ASSOCIEES**

Grossesse (terme _____) Cancer Médicaments Préciser :

Grefe de moelle Infection Autres Préciser :

Suspicion de HELLP syndrome

• **CONTEXTE CLINIQUE CORRESPONDANT**

Phase aigüe

Suivi

Fièvre Signes abdominaux

Date et résultat dernier dosage Activité ADAMTS 13 :

Signes neurologiques Signes cardiaques

• **PARAMETRES BIOLOGIQUES**

Insuffisance rénale : Non Oui préciser : Urée (mmol/l) : _____ Créatinine (µmol/l) : _____

Anémie hémolytique : Non Oui Préciser : Globules rouges T/l).....

LDH..... Hémoglobine (g/dl)

Réticulocytes (G/l)

Schizocytes

Bilirubine.....

Haptoglobine.....

Thrombopénie : Plaquettes G/L.....

Autres Troponine :

• **TRAITEMENT ENTREPRIS:** Préciser date de début et de fin

Echanges plasmatiques :

Caplacizumab :

Immunosuppression :