☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9

☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9

☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9

☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9

☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9

Numéro Patient :

. . . . . .

⟵ /!\ Ne rien inscrire dans cette zone /!\

Etude sur le facteur II

Merci de remplir ce questionnaire au mieux, si besoin avec l'aide de votre médecin. En cas de doute, vous pouvez annoter lisiblement les questions (sans écrire dans les cases).
Il suffit de cocher les cases avec un stylo noir ou bleu. Les questions faisant apparaître le symbole ♣ peuvent présenter une ou plusieurs bonnes réponses.

Question 1 Avez-vous déjà présenté un épisode thromboembolique *(Thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire)*

☐ NON ☐ OUI *(merci de préciser à quelle date)*:

Question 2 ♣ Y a-t-il eu une confirmation diagnostique par une imagerie ?

☐ OUI ☐ NON ☐ Ne sait plus

Question 3 ♣ Quel était le type d'événement thrombo-embolique ? *(si possible, préciser la localisation et coté)*

☐ Thrombose veineuse profonde distale *(au dessous du genou)*

☐ Thrombose veineuse profonde proximale *(au dessus du genou)*

☐ Thrombose veineuse superficielle

☐ Embolie pulmonaire

☐ Thrombose veineuse compliquée d'une embolie pulmonaire

☐ Thrombose d'autre localisation *(précisez svp)*:

Question 4 ♣

Y avait-il un ou plusieurs facteurs déclenchants ou favorisants ?

- ☐ AUCUN facteur retrouvé
- ☐ Chirurgie sous anesthésie générale >30min
- ☐ Fracture de membre inférieur de moins de 3 mois
- ☐ Immobilisation prolongée *(> ou = 3 jours)*
- ☐ Cancer *(évolutif ou en cours de traitement)*
- ☐ Syndrome des antiphospholipides *(SAPL)*
- ☐ Grossesse et post-partum
- ☐ Contraception oestroprogestative OU traitement hormonal substitutif
- ☐ Voyage > 6 heures
- ☐ Affection médicale aiguë *(AVC, IDM, insuf cardiaque...)*
- ☐ Cathéther centrale *(au contact de la thrombose)*
- ☐ Filtre cave
- ☐ Traitement procoagulant *(ex : EPO, corticoïdes, thalidomide...)*
- ☐ Tabagisme actif
- ☐ MTEV familiale *(2 épisodes ou plus chez des apparentés au 1er degré)*
- ☐ Maladie inflammatoire *(Crohn, MICI...)*
- ☐ Syndrome néphrotique
- ☐ Insuffisance veineuse chronique
- ☐ Malformation vasculaire
- ☐ Compression extrinsèque
- ☐ Syndrome de Cockett
- ☐ Obésité *(IMC>30kg/m2*

Question 5 ♣ Concernant l'épisode initial, quelle a été la durée de l'anticoagulation ?

☐ 6 semaines ☐ 3 mois ☐ 6 mois
☐ Durée non limitée *(toujours en cours)* ☐ Autre *(précisez SVP)* :

Question 6 Concernant le traitement anticoagulant, estimez-vous que le patient était bien anticoagulé *(à titre indicatif, >60% des contrôles en zone thérapeutique)* ?

☐ OUI ☐ NON

Question 7 ♣ Quel est le groupe sanguin du patient ?

- ☐ O
- ☐ A
- ☐ B
- ☐ AB
- ☐ Rhésus Neg-
- ☐ Rhésus Pos+
- ☐ Ne sait pas

Question 8 Votre patient a-t-il présenté au moins une récidive thrombo-embolique ?

☐ OUI ☐ NON