



<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	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

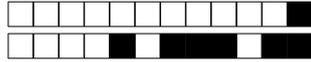
Question 3 ♣ Quel était le type d'événement thrombo-embolique ? (*si possible, préciser la localisation et coté*)

- 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 ?

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



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 ?

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> O | <input type="checkbox"/> Rhésus Neg- |
| <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> Rhésus Pos+ |
| <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> AB | |

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

- OUI NON