

CENTRE HOSPITALIER -NIORT

Laboratoire de Biologie Médicale

Tél : 05.49.78.31.62 - Fax : 05.49.78.31.64

DEMANDE DE DOSAGE DE LA PROTEASE DU FACTEUR WILLEBRAND

(ADAMTS 13)

Date de la demande :

Service :

Patient

Nom :

Prescripteur :

Prénom :

Préleveur :

Date de naissance :

Sexe

M F

Pathologie suspectée :

Purpura thrombotique thrombocytopénique (PTT)

Syndrome hémolytique et urémique (SHU)

Antécédents de MAT :

Non Oui Dates :

Pathologies associées :

Grossesse

Cancer

Médicaments Préciser :

Greffe de moelle

Infection

Autres Préciser :

Contexte clinique correspondant à une phase aiguë :

Fièvre : Non Oui

Signes neurologiques : Non Oui

Signes abdominaux : Non Oui

Paramètres biologiques :

Phase aiguë

Rémission

Insuffisance rénale :

Non Oui Préciser :

Urée (mmol/l)

Créatinine (µmol/l)

Anémie hémolytique :

Non Oui Préciser :

Globules rouges (T/l)

Hémoglobine (g/dl)

Réticulocytes (G/l)

Schizocytes (%)

LDH

Bilirubine

Haptoglobine

Thrombopénie

Non Oui Préciser :

Plaquettes (G/l)

Hémostase :

TP (%)

TCA (ratio)

Fibrinogène (g/l)

Traitement :

Efficacité