RENSEIGNEMENTS PATIENT

Nom : _____ Sexe : Masculin Féminin
Prénom : _____
Date de naissance : __ / __ / ____ Service : _____

Antécédents
Médicaux :

Antécédents
Chirurgicaux :

Traitements
Suivis :

Indication :

Nom de l'héparine :

Voie : Intraveineuse
 Sous-cutanée

Posologie :

UI/24h

Plaquettes au début de l'héparinothérapie : Giga/L
Thrombopénie à J..... Plaquettes à ce jour J : Giga/L

Complications thrombotiques : non oui :

Complications hémorragiques : non oui :

Etat infectieux : non oui :

Attitude thérapeutique : Arrêt de l'héparine non oui

Autre antithrombotique non oui :

Evolution :

Correction de la numération plaquettaire (>150 G/L) : non oui : en.....jours.

Evolution clinique : favorable défavorable