

N°6 février 2014

LE BILAN THROMBOPHILIQUE

La maladie thromboembolique veineuse est fréquente, grave et dans 50% des cas un facteur favorisant est retrouvé

- **Indications des dosages biologiques :**

- L'âge < à 45 ans avec antécédents de MTV
- Thrombose récidivante et antécédents familiaux
- Thrombose veineuse de localisation inhabituelle (cérébrale, membres supérieurs)
- Avant contraception avec oestroprogestatifs chez une femme ayant des antécédents familiaux de MTV avant l'âge de 45 ans

- **Les examens préconisés sont :**

- Recherche d'anticoagulants circulants
- Recherche de déficits en inhibiteurs de la coagulation :
 - Antithrombine III
 - Protéine C activité anticoagulante
 - Protéine S activité anticoagulante
- Recherche de mutations sur les gènes des facteurs de la coagulation :
 - Mutation Leiden du facteur V
 - Mutation G20 210A du facteur II
- Recherche d'anticorps anti-phospholipides :
 - Anticorps anti-cardiolipine
 - Anticorps anti bêta2 glycoprotéine

- **Tous ces examens sont à la nomenclature depuis le 11 juillet 2013**

- **Les conditions pré-analytiques imposent un prélèvement exclusivement au laboratoire**

- **Quand pratiquer ces tests ?**

- A distance de la phase aigüe d'une thrombose (3 mois)
- En dehors de la grossesse et de la prise d'oestroprogestatifs (3 mois)
- Exploration réalisable en fonction des traitements anti-coagulants :

	Héparine	AVK
Antithrombine	Non*	oui
Protéine C	oui	Non**
Protéine S	oui	Non**

* Attendre 24 heures après l'arrêt de l'héparine

** Attendre 4 semaines après l'arrêt des AVK

- **L'attestation de consultation** adressée en pièce jointe est à joindre impérativement (*conformément à l'article R.1131-5 du décret 2008-321 du 4 avril 2008*) ainsi que les renseignements cliniques.

REFERENCES : RFL février 2009

N°6 février 2014

STV octobre 2009



Attestation de consultation et Consentement en vue d'un examen des caractéristiques génétiques d'une personne

[décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 - arrêté du 27 mai 2013]

- 1 copie à envoyer au laboratoire avec le prélèvement
- 1 copie à conserver dans le dossier médical

Attestation de consultation médicale individuelle

Préalable à la réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne et de son identification par empreintes génétiques à des fins médicales

Je soussigné(e) _____ Docteur en Médecine,

Conformément aux articles R.1131-4 et R. 1131-5 du code de la santé publique, certifie avoir reçu en consultation ce jour la/le patient(e) sous-nommé(e) afin de lui apporter les informations sur les caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement.

Fait à _____ le _____

Signature et
tampon du médecin

Consentement pour la réalisation d'examens des caractéristiques génétiques d'une personne

Conformément aux articles R.1131-4 et R. 1131-5 du code de la santé publique

Je soussigné(e) M. _____ née/le _____

Demeurant à : _____

Reconnais avoir reçu par le Dr. _____ les informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin :

- de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie génétique en relation avec mes symptômes ;
- de confirmer ou d'infirmer le diagnostic pré-symptomatique d'une maladie génétique ;
- d'identifier un statut de porteur sain (recherche d'hétérozygote ou d'un remaniement chromosomique) ;
- d'évaluer ma susceptibilité génétique à une maladie ou à un traitement médicamenteux.

Pour cela, je consens :

- au prélèvement qui sera effectué chez moi
- au prélèvement qui sera effectué chez mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle
- au prélèvement qui sera effectué chez mon fœtus.

Je suis informé(e) que les résultats de l'examen des caractéristiques génétiques me seront transmis par le Docteur sus-nommé dans le cadre d'une consultation individuelle.

Si une partie du prélèvement reste inutilisée après examen,

- je consens à ce qu'il puisse être intégré, le cas échéant, à des fins de recherche scientifique. Dans ce cas, l'ensemble des données médicales me concernant seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, je suis conscient que ces études scientifiques effectuées ne seront sans aucun bénéfice ni préjudice pour moi.

Fait à _____ le _____

Signature du patient adulte
ou du représentant légal de l'enfant mineur
ou du tuteur légal de l'adulte sous tutelle :