

Bilan d'hémostase

TP
INR
TCA
TS
Plaquettes

%
Maladie/témoin
min
/mm³

Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>
Numéro de dossier	<input type="text"/>

Questionnaire à remplir par le patient (entourez la bonne réponse)

Avez-vous souvent des saignements de nez ou de gencives ?	Oui	Non
Avez-vous déjà craché du sang ?	Oui	Non
Avez-vous une maladie des reins ?	Oui	Non
Savez-vous laquelle ?	<input type="text"/>	
Avez-vous une maladie du foie ?	Oui	Non
Savez-vous laquelle ?	<input type="text"/>	
Avez-vous une maladie du sang ou de la coagulation ?	Oui	Non
Savez-vous laquelle ?	<input type="text"/>	
Y a-t-il des maladies de coagulation dans votre famille ?	Oui	Non
Des membres de votre famille saignent-ils facilement	Oui	Non
Prenez-vous des traitements anti-coagulants ?	Oui	Non
Savez-vous lesquels ?	<input type="text"/>	
Prenez-vous de l'aspirine ?	Oui	Non
Avez-vous déjà été opéré ?	Oui	Non
Si oui, quel type d'opération était-ce	<input type="text"/>	
Y a-t-il eu des complications ?	Oui	Non
Si oui, lesquelles ?	<input type="text"/>	
Avez-vous déjà été transfusé ?	Oui	Non
Si oui, pourquoi ? maladie laquelle ?	<input type="text"/>	
Opération ?	<input type="text"/>	
Laquelle ?	<input type="text"/>	
Accident ?	Oui	Non

Questionnaire sur l'endoscopie (joindre un CR)

Anesthésie locale Volume de xylocaïne (ml)

Diazanalgésie

Neuroleptanalgésie

AG

Biopsies bronchiques Oui Non Nombre

Biopsies transbronchiques Oui Non Nombre

LBA Oui Non

Brossage Oui Non

Questionnaire sur l'hémorragie

Survenue d'une hémorragie que vous considérez comme significative Oui Non

Si oui pourquoi la considérez vous significative Oui Non

Décès du patient Oui Non

Volume > 50 ml Oui Non

Volume > 100 ml Oui Non

Collapsus Oui Non

Désaturation Oui Non

SaO2 min

Durée du saignement > 3 min Oui Non

Hémoptysie persistante > 24 h Oui Non

Nécessité d'une réanimation Oui Non

Oui Non

Nécessité d'un traitement spécifique Oui Non

Lequel?