

BioSynergie & Clémenceau

Boulevard Clémenceau
83300 DRAGUIGNAN

Enlèvement: 04.94.50.96.55

Portable de garde : 06.20.28.91.50

Feuille de prélèvement ALLERGIE A L'HEPARINE

Médecin prescripteur

Nom :

Adresse :

Téléphone:

Patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Date de prélèvement :

Heure :

Anticorps anti-PF4 héparine

Utiliser des tubes
sans CTAD
(Cape bleue,
cerclage blanc)

Total: 3 tubes

Plasma citraté congelé <4h

Plasma citraté congelé <1h
2 x 2ml

**Thrombopénie immuno-allergique
à l'héparine – Test fonctionnel**

Sérum 2 x 3ml

Renseignements cliniques

DCI et spécialité mise en cause :

Délai d'apparition des symptômes :

Valeur des plaquettes à la mise en route du traitement:

Valeur des plaquettes ce jour:

Autres réactions cliniques observées:

Antécédents d'allergie: