



Patient :

- Nom :
- Prénom :
- Date de naissance :
- Sexe :
- Groupe sanguin (ABO) :

Médecin demandeur :

- Nom :
- Service :
- Hôpital :
- Adresse :
- Tél / Fax :
- E-mail :

Pathologie suspectée :

- Purpura thrombotique thrombocytopénique (PTT) : ☐ - Syndrome hémolytique et urémique (SHU) : ☐

Épisodes de MAT antérieures : Non ☐ Oui ☐ → préciser les dates :

☐ **Phase Aiguë** ☐ **Rémission**

Pathologies associées :

- ☐ Grossesse (Terme :.....) ☐ Cancer : ☐ Infection :
☐ Médicaments : ☐ Greffe : ☐ Maladie AutoImmune :
☐ Autres :

Contexte clinique :

- Fièvre : ☐ Non ☐ Oui
- Signes neurologiques : ☐ Non ☐ Oui préciser :
- Signes abdominaux : ☐ Non ☐ Oui préciser :
- Signes cardiaques : ☐ Non ☐ Oui préciser :

Paramètres biologiques :

- | | |
|---|---|
| <p>- Insuffisance rénale :
☐ Oui ☐ Non</p> <p>- Anémie hémolytique :
☐ Oui ☐ Non</p> <p>- Thrombopénie :
☐ Oui ☐ Non</p> <p>- Hémostase :</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Urée (mmol/L) • Créatinine (μmol/L) • Hémoglobine (g/dl) • Schizocytes (%) • LDH • Haptoglobine • Plaquettes (giga/l) • TP • TCA (Ratio) • Fibrinogène |
|---|---|

Traitement :

Type :

Efficacité :