

## Centre de Référence et d'Éducation des AntiThrombotiques d'Ile de France

### Pour inclure un patient au sein du CREATIF (Hôpital autre que GH St Louis/LRB/FW)

- Rappel : Le CREATIF a pour mission de prendre en charge l'anticoagulation des patients en ville pour lesquels la prise en charge et l'équilibration du traitement anticoagulant pose problème (du point de vue médical et/ou social)
- Obtenir OBLIGATOIREMENT l'accord du patient ou du médecin traitant et le cas échéant du cardiologue
- Compléter **avec soin** les pages 2 à 4 du formulaire
- Recueillir le consentement du patient (page 5) et le joindre au dossier
- Envoyer le dossier au CREATIF et **copie CRH** par fax ou email ([creatif.lrb@aphp.fr](mailto:creatif.lrb@aphp.fr))
- **Indiquer sur votre ordonnance de prescription des contrôles INR : « patient suivi par le CREATIF le N° de fax du CREATIF 01 49 95 63 97 ou [creatif.inr.lrb-aphp@medical75.apicrypt.org](mailto:creatif.inr.lrb-aphp@medical75.apicrypt.org)**
- *Des séances d'éducation ont lieu tous les lundis à 14h à l'hôpital Lariboisière (Paris Xème), les patients seront contactés individuellement dans le cadre de l'inclusion.*

Pour joindre le CREATIF  
Téléphone 01 49 95 80 78 / 63 94 (Secrétariat) ou 01 42 81 12 13 (urgence)  
Fax 01 49 95 63 97  
Email [creatif.lrb@aphp.fr](mailto:creatif.lrb@aphp.fr)

# Centre de Référence et d'Éducation des AntiThrombotiques d'Île de France

**Fiche à faxer au 01 49 95 63 97 ou à envoyer par email [creatif.lrb@aphp.fr](mailto:creatif.lrb@aphp.fr)**

Date de demande : ...../...../..... Date de sortie d'hospitalisation : ...../...../.....

Nom du médecin demandeur : ..... ☎ .....  interne  senior

Hôpital..... Service ..... Référent Médical .....

Médecin traitant (Nom Adresse Spécialité) : .....

.....

Autre(s) Médecin(s) (Nom Adresse Spécialité) : .....

.....

**Motif d'inscription au CREATIF :** .....

**Raison médicale :**

- Très complexe / instable
- A risque potentiel / Relais
- Pas de difficulté médicale

**Raison du suivi :**

- Absence de médecin traitant
- Méd. peu joignable ou centre de santé
- Médecin traitant présent

**Raison sociale:**

- Grande difficulté sociale / isolement
- Difficultés modérées
- Pas de difficulté

**Le médecin traitant a-t-il donné son accord à la prise en charge par le CREATIF ?**  oui  non

Si non, pourquoi ? .....

(Indispensable pour la prise en charge par le CREATIF/ certains médecins traitants veulent assurer le suivi de leur patient)

En cas d'anticoagulation ancienne, quelle était l'organisation du suivi antérieur des INR ?.....

**PATIENT**

**NOM :** .....

**PRENOM :** .....

**DATE DE NAISSANCE :** ...../...../.....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal : .....

*Cocher N° de tél à privilégier :*

☎ dom: .....  ☎ port : .....  ☎ prof : .....

E-mail (en majuscules) : .....

**Etiquette**

**Le patient est-il autonome vis-à-vis de son ttt AVK ?**  oui  non

**Si non AIDANT ou Personne de confiance**, renseigner qualité (lien de parenté, IDE,SSIAD EHPAD) et coordonnées :

- à domicile
- institutionnalisé
- PAERPA

1/ Nom, prénom ..... Qualité.....

☎ ..... Fax / E-mail .....

2/ Nom, prénom ..... Qualité.....

☎ ..... Fax / E-mail .....

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Sexe : M / F                      Poids : .....

Indication actuelle du traitement anticoagulant :

ACFA       MTEV       Valve cardiaque       Autre : préciser : .....

*Copie CRH provisoire ou remplir ci dessous*

Motif hospitalisation : .....

Conclusion Hospitalisation : .....

ATCD personnels : .....

ATCD familiaux thrombotiques : .....

Traitements d'entrée ou de sortie: .....

La fonction thyroïdienne est-elle normale ?     oui                       non                      TSH: .....

Créatininémie : .....µmol/L                      Cockcroft: .....ml/min/m2

### TRAITEMENT PAR anticoagulant oral (AVK/AOD)

Date de début ou de reprise de traitement anticoagulant : ...../...../.....

Long terme :  oui     non    Sinon, durée (mois) : .....

Type AVK (Coumadine ou Previscan) : .....

Zone thérapeutique d'INR :  2 – 3     2.5 – 3.5     3 – 4.5     autre : .....

### ANTERIORITES INR (IMPERATIF)

DATE	DOSE EN COURS	INR	NVELLE DOSE	PROCHAIN CONTROLE

Laboratoire de biologie (si connu): .....

Adresse : .....

☎ : ..... / Fax : .....

DATE PROCHAIN CONTROLE INR : ...../...../.....

Type d'AOD :  Dabigatran (Pradaxa)     Rivaroxaban (Xarelto)     Apixaban (Eliquis)     Edoxaban (Lixiana)

Relais en cours:  oui     non

Si traitement par héparine : type (HNF/HBPM), dose et date de début : .....

➤ **Dans le cas d'une ACFA, calculer :**

Score HEMORR2HAGE <sup>1</sup> (évalue le risque hémorragique)		Cocher si oui
Anomalie de la fonction hépatique ou rénale	1	
Ethylisme	1	
Malignité (tumeur)	1	
Age > 75ans	1	
Thrombopénie ou fction plaquettaire altérée	1	
ATCD d'hémorragie	2	
HTA (non contrôlée)	1	
Anémie	1	
Facteurs génétiques	1	
Risque de chutes	1	
AVC	1	
<b>Total A COMPLETER</b>	<b>/12</b>	<input type="checkbox"/>

Score CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> – VAS <sub>c</sub> <sup>2</sup> (évalue le risque thrombotique)		Cocher si oui
Insuffisance cardiaque Dysfonction VG ≤40%	1	
HTA non contrôlée	1	
Age > ou = 75 ans	2	
Diabète	1	
AVC / AIT ou embolie périphérique	2	
Pathologie vasculaire (IdM, maladie vasc périph ou plaque de l'aorte)	1	
Age 65-74 ans	1	
Sexe féminin	1	
<b>Total A COMPLETER</b>	<b>/9</b>	<input type="checkbox"/>

➤ **Dans le cas d'une MTEV (pathologie thrombo-embolique veineuse),**

S'agit-il d'un  1<sup>er</sup> événement       2<sup>e</sup> événement       récurrence multiple

Embolie pulmonaire :

Signes de gravité :  oui .....  non

Thrombose veineuse superficielle :

Thrombose veineuse profonde :  proximale  distale

Membre supérieur     Membre inférieur

Thrombose veineuse cérébrale

Thrombose veineuse digestive

Conditions favorisantes :  Contraception OestroP  THS  Cancer ( actif  traitement hormonal  en rémission)

Autres .....

Idiopathique ou facteurs déclenchants retrouvés ?  Immobilisation  post-chirurgical  post-partum

Un bilan de thrombophilie a-t-il déjà été réalisé ?  oui  non    Si oui, préciser date : ...../...../.....

Dosage	Oui/ Non	Date
Antithrombine		
Anticoagulant circulant		
Anticardiolipide		
Protéine C		
Protéine S activité		
Résistance à la protéine C activée		
Mutation FV Leiden		
Mutation FII G20210A		

Dosage	Oui/ Non	Date
Homocystéine		
Mutation MTHFR		
JAK 2		
Hb paroxystique nocturne		

➤ **Dans le cas d'une pathologie valvulaire cardiaque, merci de préciser :**

Date de la pose ...../...../.....      Valve  aortique /  mitrale /  autre (préciser) .....

Type  bioprothèse /  mécanique ( ancienne ou  nouvelle génération) /  Valvuloplastie /  TAVI

<sup>1</sup> Gage BF, Yan Y, Milligan PE, Waterman AD, Culverhouse R, Rich MW, Radford MJ Clinical classification schemes for predicting hemorrhage: results from the National Registry of Atrial Fibrillation (NRAF) Am Heart J. 2006;151:713-9

<sup>2</sup> Lip GY, Nieuwlaat R, Pisters R, Lane DA, Crijns HJ. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the euro heart survey on atrial fibrillation. Chest. 2010;137:263-72.

## Centre de Référence et d'Éducation des AntiThrombotiques d'Ile de France

### CONSENTEMENT PATIENT

Je soussigné(e), (Nom Prénom) .....,  
déclare avoir été informé(e) par le Dr .....  
de la demande faite auprès du CREATIF pour que cette structure assure le suivi et l'adaptation de  
mon traitement anticoagulant.

Je donne mon consentement à cette prise en charge.

Je donne mon accord à la transmission des résultats de biologie au CREATIF par mon laboratoire  
d'analyses médicales et à l'utilisation du courrier électronique pour communiquer avec moi.

Date : ...../...../.....

Signature :



**Pr. Ludovic DROUET**  
E.mail : ludovic.drouet@lrb.aphp.fr

**C.R.E.A.T.I.F.**  
**Centre de Référence et**  
**d'Éducation des**  
**Antithrombotiques**  
**d'Ile de France**

**Claire BAL dit SOLLIER**  
coordinatrice  
E.mail : claire.bal@aphp.fr  
**Tél d'urgence : 01 42 81 12 13**

**Dr J.G. DILLINGER**  
Praticien hospitalier  
E.mail : jean-guillaume.dillinger@aphp.fr

Secrétariat  
Tél : 01 49 95 80 78 / 63 94  
Fax : 01 49 95 63 97  
creatif.lrb@aphp.fr

**Médecins**  
Hôp. Lariboisière  
**Dr Olivia CARVALHO**  
**Dr Irène CLAVIJO**  
**Dr Astrid DUPONT-LHOTELAIN**  
**Dr Marie-Geneviève HUISSE**  
**Dr Zoé THOUX**  
Hôp. Bichat  
**Pr Nadine AJZENBERG**  
Hôp. L. Mourier  
**Pr Isabelle MAHE**

Date .....

Nom : .....

Avec votre accord et celui de vos médecins, votre traitement anticoagulant va être suivi et adapté par le **C.R.E.A.T.I.F.**  
**(Centre de Référence et d'Éducation des Antithrombotiques d'Ile de France).**

En pratique, vous faites vos examens de contrôle (INR) à votre laboratoire habituel qui **faxe** les résultats le plus rapidement possible au CREATIF : **01 49 95 63 97.**

Le jour de l'INR, vous êtes appelé par le C.R.E.A.T.I.F. au numéro que vous avez communiqué pour vous indiquer la valeur de votre INR, votre nouvelle posologie, la date du prochain contrôle\*.

Un courrier ou un email de confirmation vous est adressé ainsi qu'à votre médecin référent.

En cas de questions, vous pouvez joindre du **lundi au vendredi**

le secrétariat ou le médecin du CREATIF :

**par téléphone : 01 49 95 80 78 – 01 49 95 63 94**

**par email : [creatif.lrb@aphp.fr](mailto:creatif.lrb@aphp.fr)**

Un numéro d'urgence est disponible **24 H / 24** et **7 J / 7** au :

**01 42 81 12 13**

Si cela n'a pas encore été fait, vous pouvez suivre une **séance d'éducation** qui a lieu le lundi à 14 H à l'hôpital Lariboisière (secteur orange porte 2) en prenant rendez-vous au : **01 49 95 64 05 ou 63 94**

\* Le jour de contrôle votre INR, si le CREATIF ne vous a pas joint à 17h30,

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR <b>Nom du Médecin</b>  N° RPPS .....
--

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE
--------------------------------

IDENTIFICATION DU PATIENT
---------------------------

---

**Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)  
(AFFECTION EXONERANTE)**

---

Faire réaliser 3 fois par semaine ou plus espacé, à domicile si besoin, selon les indications qui vous seront données par le CREATIF, Clinique des Anticoagulants de l'Hôpital Lariboisière:

- **TP/INR** pour adaptation traitement AVK
- 
- INR cible
  
- Dernier INR réalisé le    /    /    =

Ordonnance pour 6 mois  
Ordonnance renouvelable

**URGENT :**  
RESULTATS A ENVOYER AVANT 14H AU CREATIF PAR APICRYPT  
**DE PREFERENCE** PAR APICRYPT : [creatif.inr.lrb-aphp@medical75.apicrypt.org](mailto:creatif.inr.lrb-aphp@medical75.apicrypt.org)  
ou PAR FAX 01.49.95.63.97 Merci

Fait à Paris, le  
  
Dr