

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

Fiche à faxer au 01 49 95 63 97

ou à envoyer par email [creatif.lrb.lrb-aphp@medical75.apicrypt.org](mailto:creatif.lrb.lrb-aphp@medical75.apicrypt.org) ou [creatif.lrb@aphp.fr](mailto:creatif.lrb@aphp.fr)

Date de demande : ...../...../.....

Nom du demandeur : ..... ☎ ou tampon.....

Médecin généraliste référent (si différent du demandeur): .....

Autres médecins correspondants : .....

Je certifie que le patient a donné son accord pour la prise en charge de son traitement anticoagulant par le CREATIF

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

**Raison médicale :**

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

**Raison du suivi :**

- Absence de médecin traitant
- Médecin peu joignable ou Centre de santé
- Médecin traitant présent

**Raison sociale:**

- Gde 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 ? .....

**PATIENT (à remplir si PPS non joint)**

NOM : .....

PRENOM : .....

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

Adresse : .....

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

*Cocher N° de tél à privilégier :*

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

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

**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) et coordonnées :**

1/ Nom, prénom ..... Qualité.....

☎ ..... Fax / E-mail .....

2/ Nom, prénom ..... Qualité.....

☎ ..... Fax / E-mail .....

**NE PAS REMPLIR  
SI PPS JOINT**

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Sexe :  F  M Poids : .....

Indication actuelle du traitement anticoagulant : .....

- ACFA  Valve cardiaque
- MTEV :  Membre inférieur  EP récente (<3mois)  
 Membre supérieur  EP + 3 mois
- Thrombose veineuse cérébrale  Thrombose veineuse digestive

Nbre d'épisodes de MTEV .....

Facteurs favorisants :  Cancer  Immobilisation  post-chirurgical  THS

Autre indication : préciser : .....

Comorbidités : .....

Traitements associés actuels: .....

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

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

### Traitement anticoagulant oral (AVK/AOD)

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

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

Type AVK (Coumadine, Previscan, Sintrom) : .....

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

#### ANTERIORITES INR

DATE	DOSE EN COURS	INR	NVELLE DOSE	PROCHAIN CONTROLE

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

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

*Le suivi du CREATIF permet de bénéficier pour le patient de l'éducation thérapeutique, surveillance de la créatinine et aide à l'observance et pour le médecin de la CAT si actes ou pathologies intercurrents*

Relais en cours:  oui  non

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

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

### Pour inclure un patient au sein du CREATIF

- 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 (le cas échéant du cardiologue)
  
- Compléter **avec soin** les 2 pages du formulaire
  
- Envoyer le dossier au CREATIF et copie des principaux documents médicaux par fax ou email
  
- **Indiquer sur votre ordonnance de prescription des contrôles INR :**  
« RESULTATS A ENVOYER AVANT 14H AU CREATIF  
**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 »
  
- *Un parcours d'éducation en ville sera proposé à votre patient qui sera contacté 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 (astreinte 24/24h 7/7j)

Fax : 01 49 95 63 97

Email : [creatif.lrb.lrb-aphp@medical75.apicrypt.org](mailto:creatif.lrb.lrb-aphp@medical75.apicrypt.org) et [creatif.lrb@aphp.fr](mailto:creatif.lrb@aphp.fr)