

## Questionnaire Tendance à l'hypercoagulabilité® voir au verso de la feuille

Date.....

Nom..... Prénom(s) ..... Date de naissance.....

Taille.....cm Poids.....kg Groupe sanguin..... Nr.Tél:.....

Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'une **thrombose veineuse**?  oui  non Mois / Année .....

Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'une **embolie pulmonaire**?  oui  non Mois / Année .....

Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'une **inflammation veineuse (phlébite)**?  oui  non Mois /  
Anné.....

### Thrombose veineuse, inflammation veineuse, où?

Jambe /mollet  gauche  droite  les deux

Cuisse  gauche  droite  les deux

Genou  gauche  droite  les deux

Bassin  à gauche  à droite  les deux

Yeux  gauche  droite  les deux

Bras  gauche  droite  les deux

Cerveau  gauche  droite  les deux

Autre  à gauche  à droite  les deux

### Qu'est-ce que a précédé l'embolie pulmonaire? (mettre une croix dans le cas correspondant):

long voyage en voiture ou en avion?

Blessure, mobilité réduite

Rhumes ou autres infections

Hospitalisations prolongées (repos au lit prolongé)

Intervention chirurgicale

Soudainement

**Femmes:**  Grossesse  Pilule, traitement hormonal

### Atteint d'embolies dans des autres organes que les poumons, p.ex. le cerveau ou la jambe?

oui  non mois / année .....

Avez-vous souffert de **crises cardiaques**?

oui  non

Avez-vous souffert d'un **accident vasculaire cérébral (AVC)/accident ischémique transitoire (AIT)**?

oui  non

Avez-vous souffert de **troubles circulatoires aux jambes**?

oui  non

mois / année .....

**Fumez-vous ou avez-vous fumé dans le passé?**

non  oui, cigarettes par jour .....

**Avez-vous souffert d'une affection maligne ( cancer) ou d'une tumeur?**

non  oui quand? Année .....

Type de maladie .....

### Souffrez-vous de (répondre avec une croix)

Hypertension artérielle  Troubles du rythme cardiaque  Varices  Rétention d'eau dans les jambes

Diabète mellitus, hyperglycémie  Augmentation des lipides/du taux des graisses dans le sang

### Thromboses ou embolies pulmonaires dans la famille élargie/parents

Père  non  oui, à l'âge de ..... ans

Mère  non  oui, à l'âge de ..... ans

Fils  non  oui, à l'âge de ..... ans

Sœurs/frères  non  oui, à l'âge de ..... ans

Grands-parents  non  oui, à l'âge de ..... ans

Cousins, tantes/oncles, neveux  non  oui, à l'âge de ..... ans

**Merci de répondre également aux questions au verso de la feuille, merci!**

**Attaques cardiaques, accidents vasculaires cérébraux (AVC), autres troubles de la circulation dans la famille élargie/parents**

Père  non  oui, à l'âge de .....ans  
Mère  non  oui, à l'âge de .....ans  
Fils  non  oui, à l'âge de .....ans  
Sœurs/frères  non  oui, à l'âge de .....ans  
Grands-parents  non  oui, à l'âge de .....ans  
Cousins, oncles et tantes, neveux  non  oui, à l'âge de .....ans

**Qui? De quoi s'agissait-il? Quand?** Merci de préciser qui a souffert de quoi et dans quelle période; par exemple:  
Crise cardiaque du père à 40 ans

.....  
.....

**Quels médicaments ou compléments alimentaires prenez-vous?**

.....  
.....

**Est-ce que vous souffrez d'une/de: propension accentuée aux ecchymoses, saignement prolongé après une blessure, saignement prolongé après une intervention chirurgicale ou après une extraction dentaire, mauvaise cicatrisation?**  oui  non

**Avez-vous des enfants?**  non  oui Filles/Fils? .....

**Seulement pur les femmes :**

**Avez-vous eu des avortements?**  oui  non

Si oui, combien ?..... Dans quelle phase/semaine de grossesse?.....

**Avez-vous eu d'autres complications pendant votre grossesse, comme**  oui  non

**Hémorragie, intoxication (prééclampsie), hypertension artérielle, retard de développement de l'enfant, accouchement prématuré, détachement placentaire précoce?.....**

**Vous souhaitez avoir un enfant?**  oui  non

**Avez-vous effectué des procédures d'insémination artificielle, comme la FIV ou l'ICSI ?**  oui  non

**Êtes-vous actuellement enceinte ? Si oui, à quelle semaine de la grossesse êtes-vous ?**  oui  non

**Avez-vous ou avez-vous eu des menstruations abondantes ou prolongées?**  oui  non

**Prenez-vous une contraception hormonale (pilule contraceptive)?**  oui  non

**Si oui, préparation ?.....**

**Devez-vous prendre des hormones pour d'autres raisons, par ex. traitement hormonal de substitution ?**  oui  non

**Si oui, quels médicaments?**

**Avis de droit d'auteur**

Tous les contenus de ce formulaire sont protégés par le droit d'auteur (copyright). Sauf mention contraire expresse, les droits d'auteur sont détenus par Haemoclot AG Zurich. Veuillez nous consulter si vous souhaitez utiliser les contenus de cette offre Internet.

Celui qui enfreint le droit d'auteur (p. ex. en copiant les contenus sans autorisation) est punissable. Il recevra en outre un avertissement payant et devra verser des dommages et intérêts. Les copies de contenus peuvent être poursuivies sans grand effort sur Internet.

Zurich, le 28 janvier 2025 Prof. Dr méd. Peter Hellstern