



RENSEIGNEMENTS DU PATIENT

Nom : N° Tel :
Prénom : Externe Hospitalisé
Sexe : F M Date de naissance :/...../..... Structure :
Bilan (s) antérieur (s) :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Diagnostic : Suspecté Établi
Début de la symptomatologie :

SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE

1. Manifestations Thrombotiques

• Facteur(s) de risque Thrombotique Cardio-vasculaire

- HTA : - DID :
- Tabagisme : - Contraception orale : - Médication :
- Thrombophilie héréditaire : - Si oui, Lien de parenté :
- ATCD familiaux d'accident CV à un jeune âge :
- LDL : mg/ml - HDL : mg/ml - Micro-albuminurie :

• **Thrombose(s) artérielle(s) :** Si oui : Préciser la localisation et l'étendue :

• **Thrombose(s) veineuse(s) :** Si oui : Préciser la localisation et l'étendue :

2. Manifestations obstétricales

- Avortements spontanés : Si oui, Nombre d'Avortements : Age gestationnel : SA
- Mort in utero : Si oui, Nombre de MIU : Age gestationnel : SA
- HRP : - RCIU : - HELLP Syndrome :
- Toxémie gravidique : - TA : mm Hg - Protéinurie : mg/L

3. Syndrome catastrophique des APL :

4. Manifestations cliniques associées non incluses dans les critères révisés du SAPL

• Manifestations neurologiques

- AVC (si âge < 45 ans et si maladie lupique) :
- Perte des fonctions cognitives lors de la maladie lupique :

• Manifestations cardio-vasculaires

- Valvulopathie : Si oui, Préciser laquelle :

• Manifestations dermatologiques

- Livedo reticularis : Racemosa : Régulier :

• Manifestations rénales

- Nécroangiopathie des artérioles et capillaires glomérulaires :

Toute fiche de renseignements incomplète ne sera prise en compte



BILANS DEMANDÉS

1. **BILAN SAPL, recherche des anticorps anti-Cardiolipine et anti- β 2-GPI** :
2. **BILAN CONNECTIVITE** :
 - Dépistage des anticorps anti-nucléaires (AAN).
 - En cas de positivité des AAN, recherche des Anticorps anti-ADN natif, anticorps anti-antigènes nucléaires solubles (ENA) : Sm, RNP, TRIM 21, SSA 60 kDa, SSB, Scl70, Jo-1, CENP B, Ribosomes.
3. **BILAN VASCULARITE, recherche des ANCA (anti-PR3, anti-MPO et anti-MBG)** :
4. **BILAN MALADIE CŒLIAQUE, recherche des anticorps anti-gliadine, anti-tTG et anti-DGP** :
5. **Recherche d'autres auto-anticorps : préciser lesquels** :

Médecin Traitant :

N° Tel :

e-mail :

Toute fiche de renseignements incomplète ne sera prise en compte