

Centre de Référence et d'Education des AntiThrombotiques d'Ile de France

Pour inclure un patient au sein du CREATIF à partir d'un établissement de santé

- 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 et du médecin traitant et le cas échéant du Cardiologue
- Compléter **avec soin** les pages 2 à 4 du formulaire
- Recueillir le consentement du patient (pages 5 et 6) et le joindre au dossier
- **Remettre au patient un exemplaire du consentement au patient et la fiche contact (page7)**
- Envoyer le dossier au CREATIF et **copie CRH, même provisoire** par fax ou email (creatif.lrb@aphp.fr) **uniquement pages 2 à 6.**
- *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)
Fax 01 49 95 63 97
Email creatif.lrb@aphp.fr

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@aphp.fr

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

Nom du médecin demandeur : ☎ interne senior

Hôpital..... Service Référent Médical

Médecin traitant (Nom Adresse et @) :

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 :

Etiquette

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 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 ¹ (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	
Total A COMPLETER	/12	<input type="checkbox"/>

Score CHA ₂ DS ₂ – VASc ² (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	
Total A COMPLETER	/9	<input type="checkbox"/>

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

S'agit-il d'un 1^{er} événement 2^e 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

¹ 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

² 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(s) Prénom (s),

Date de naissance

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 sous réserve de mon consentement, dans les conditions qui me sont exposées ci-après.

Les informations ci-après sont portées à ma connaissance afin de m'éclairer sur les conditions dans lesquelles mes données seront traitées et ce conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif la Protection des données personnels des personnes physiques.

1. **Identité du responsable du traitement des données:** Le Créatif (Centre de référence et d'éducation des antithrombotiques d'Ile de France), représenté par son président le Dr Jean-Guillaume Dillinger.
2. **Finalité du traitement :** organiser le suivi et l'adaptation de mon traitement anticoagulant par télésuivi incluant la transmission des résultats de biologie au CREATIF par mon laboratoire d'analyses médicales et l'utilisation du courrier électronique pour communiquer avec moi.
3. **Les destinataires du traitement des données :** Le Créatif, mon médecin traitant, l'ensemble des personnels de santé que j'aurais indiqué au Créatif, les personnes de confiance que j'aurais désignées.

Mon suivi sera assuré par l'équipe du Créatif dotée d'un logiciel dédié servant à collecter, traiter, sauvegarder et transmettre les données permettant aux médecins de les interpréter pour adapter mon traitement de la manière la plus optimale par télésuivi ; l'ensemble de mes données est conservé chez un hébergeur de données de santé agréé (MIPIH, Toulouse France) au sens de l'article L1111-8 du Code de la Santé Publique.

Je peux décider à tout moment d'arrêter ce télésuivi sans avoir à me justifier ni encourir aucune responsabilité. Le fait de ne plus être télésuivi ne portera pas atteinte à mes relations avec mon médecin traitant.

Je suis informé(e) :

- de la possibilité d'avoir communication à tout moment des données détaillées du télésuivi me concernant,
- Que je dispose d'un droit d'accès et de rectification, de portabilité, de suppression, et de définir des directives relatives au sort de mes données à caractère personnel de mon vivant ainsi qu'à mon décès, et de la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle si j'estime que mes droits ou mes données ont été violés. Mes données et coordonnées seront conservées de manière sécurisée et ne seront communiquées en aucune façon, sauf obligations légales concernant notamment des professionnels de santé ou organismes de sécurité de régime obligatoire dans le cadre du traitement.
- Qu'aucune de ces données ne sera transmise hors Union européenne,
- Que les données collectées au cours de mon télésuivi sont susceptibles d'être traitées de manière anonymisée et agrégées à des fins d'étude de recherche.
- Que les données sont conservées durant la durée de mon traitement par le Créatif et pendant une durée minimum de 3 ans et pour toute la durée de la prescription légale applicable à compter de la fin de mon suivi.

Pour l'exercice de mes droits, il convient d'écrire à l'adresse suivante

Créatif, Hôpital Lariboisière, 2, rue A. Paré 75010 Paris ou par courriel : creatif.lrb@aphp.fr en indiquant mes noms, prénoms, date de naissance et adresse.

Si j'estime que mes droits ne sont pas respectés, je peux également adresser une réclamation à la CNIL sur son site web <https://www.cnil.fr>.

Je déclare, pour la collecte de données nécessaire à ma prise en charge par le Créatif (**cocher la case correspondant à mon choix**).

DONNER MON CONSENTEMENT

NE PAS DONNER MON CONSENTEMENT

Fait àle

Signature

En cas d'incapacité de signer

Nom et prénom du signataire

Qualité du signataire

Date

Nom :



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

Dr J.G. DILLINGER
jean-guillaume.dillinger@aphp.fr

Pr. Ludovic DROUET
ludovic.drouet@aphp.fr

Claire BAL dit SOLLIER
Directrice
claire.bal@aphp.fr

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

Hôp. Lariboisière
Dr Karine CHAMPION
Dr Olivia CARVALHO
Dr Marie-Geneviève HUISSE
Soumia BOUGUERN, Pharma
Hôp Bichat
Pr Nadine AJZENBERG

Éducation Thérapeutique
Louise BLOTTIERE
Natacha BERGE
Tél : 01 49 95 62 70

www.creatif-cac.fr

Avec votre accord et celui de vos médecins, votre traitement anticoagulant va être suivi et adapté par le **Créatif**

(Centre de Référence et d'Éducation des Antithrombotiques d'Ile de France).

En pratique, lors de votre inclusion, le Créatif vous remet une ordonnance pour la réalisation de vos INR dans votre laboratoire.

Vous faites vos examens de contrôle (INR) dans votre laboratoire habituel qui nous envoie les résultats grâce à l'ordonnance du Créatif que vous leur aurez présentée.

Le jour de l'INR, vous êtes appelé par le Créatif 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 Créatif :

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

par email : creatif.lrb@aphp.fr

Vous serez également contacté(e) pour être associé(e) à un parcours d'éducation thérapeutique adapté à votre profil.

* Le jour de contrôle votre INR, si le Créatif ne vous a pas joint à 17h30, merci de prévenir le secrétariat de préférence par email.