

A 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 .....

Adresse ..... Email .....

Médecin traitant (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 ? .....

(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) : .....

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 .....

**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

Résultats bilan thrombophilie si connu : .....

Autre indication : préciser : .....

Comorbidités : .....

.....

.....

Traitements associés actuels:.....

.....

.....

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

Créatininémie : .....µmol/L ou .....mg/L Date :..... 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 |
|------|---------------|-----|-------------|-------------------|
|      |               |     |             |                   |
|      |               |     |             |                   |
|      |               |     |             |                   |

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 Date de début :.....

Si traitement par héparine : type (HNF/HBPM), dose : .....

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

### Pour inclure un patient au sein du CREATIF (Médecin libéral)

- Rappel : Le CREATIF a pour mission de prendre en charge l'anticoagulation des patients en ville pour lesquels la prise en charge et l'équilibrage 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)

## FICHE CONTACT POUR PATIENT

Date .....

Nom : .....



**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  
Email : claire.bal@aphp.fr  
**Tel 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**

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<br><b>Nom du Médecin</b><br><br>N° RPPS ..... |
|--|

|                |
|----------------|
| Cachet Médecin |
|----------------|

|                           |
|---------------------------|
| 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