

Dr. Mihaela Andreescu

Formular control Trombofilie (Paciente însărcinate)

Numele și prenumele: _____

Vârstă: ____ Greutate: ____ Supra / normo / subponderală

Fumătoare: DA / NU

Regim alimentar:

Vă rugăm să precizați **evenimentele apărute de la ultima prezentare în clinica noastră** (tromboze, accidente vasculare cerebrale, infarcte, tromboze venoase profunde, tromboembolism pulmonar, sindrom migrenos cu RMN cu modificări sugestive de microtromboze, modificări ale tratamentului, asocierea de alte comorbidități - dacă da, care sunt acestea și ce tratament vi s-a recomandat).

Detalii legate de **sarcina actuală** (dacă este cazul): modul în care a fost obținută, natural/FIV, avans sau restricție de creștere, velocimetrie modificată pe uterine, aspect placentă, lichid amniotic, risc de restricție de creștere.

Puteți atașa ultima ecografie realizată/ultimele ecografii din sarcina actuală.

--

Rezultate analize (daca au intervenit modificări la analizele efectuate de la ultima consultație.

Vă rugăm să precizați rezultatele obținute pentru următoarele analize sau să atașați rezultatul analizelor.

Proteina C	
Proteina S (în afara sarcinii)	
Antitrombina III	
Screening SAFL	
Lupus anticoagulant	
Ac anticardiolipinici (IgG și IgM)	
Ac Beta 2 gliproteici (IgG și IgM)	
Factor V Leiden	
Mutația protrombinică	
Homocisteina	

Alte investigații

Tratament urmat în prezent. Vă rugăm să specificați inclusiv dozajul.

Vă rugăm să notați întrebările la care doriți să vi se răspundă în cadrul consultației actuale.