

*Campos imprescindibles de cumplimentación

Médico solicitante

Nombre y Apellidos	Teléfono contacto
Nº colegiado	
e-mail contacto	Provincia/País
Centro Sanitario	

Datos del servicio (Es obligatorio cumplimentar todos los campos)

Código de la muestra*	Tipo de muestra*	ADN	Saliva	Sangre
Pegar código de barras	Fecha de extracción*	(dd/mm/aaaa)		
	Idioma del informe*	Español	Inglés	
	Su referencia			

Motivo de la consulta (Se puede marcar más de uno)

Enfermedad tromboembólica venosa (ETEVE)	Trombosis arterial (IAM, ictus o enfermedad arterial periférica)	
Antecedentes familiares (especialmente de primer grado) y con una situación de riesgo de trombosis venosa		
Abortos de repetición	Fallos implantacionales	Eclampsia-preeclampsia
Inicio Tto anticonceptivos hormonales	Otras complicaciones obstétricas	
Familiar de personas portadoras de variantes genéticas que predisponen a la trombosis (indicar cuales)		
Otros motivos de consulta (especificar)		

Observaciones

Situaciones de riesgo concomitante (Se puede marcar más de uno)

Anticonceptivos hormonales	Embarazo	Terapia hormonal	Intervención quirúrgica
Ninguna	Otras		

Características del paciente y factores de riesgo personal

Edad* (años)	Sexo*	Hombre	Mujer	Peso*	Kg	Talla*	cm
---------------------	--------------	--------	-------	--------------	----	---------------	----

Factores de riesgo* (Debe seleccionar al menos un factor de riesgo)

Sin factores de riesgo conocidos	Enfermedad neurológica con parálisis de extremidades
Historia familiar con enfermedad tromboembólica	Cáncer activo
Trombosis venosa	Trombosis arterial
Hipertensión arterial	Quimioterapia
Dislipemia	Diabetes
Portador de catéter venoso o marcapasos	Fumador
Enfermedad inflamatoria intestinal	Otras enfermedades autoinmunes (indicar)
Otros	

En mujeres

Embarazo actual o puerperio	Nº de embarazos		
Medicamentos protrombóticos	Anticonceptivos hormonales		
Terapia hormonal estrogénica sustitutiva	Terapia con modulador selectivo del receptor de estrógeno, SERMT		
Abortos espontáneos (indicar número)	1er Trimestre	2do Trimestre	3er Trimestre
Complicaciones obstétricas	Eclampsia	Pre-eclampsia	Retraso crecimiento IU
Fallos implantacionales	Número de fallos		

Antecedentes personales de ETEV *

Sin antecedentes

Trombosis venosa profunda (TVP) (Debe seleccionar el tipo de trombosis venosa profunda)

Episodio único

TVP de repetición

Localización del primer episodio*

Extremidades inferiores

Senos venosos cerebrales

Retina

Otras

Extremidades superiores

Visceral (Mesentérica, Esplenoportal, Renal)

Tromboflebitis superficial (TFS) de repetición

Embolismo Pulmonar (Debe seleccionar un tipo de embolismo pulmonar)

Aislado

Secundario a TVP

Datos del primer episodio ETEV*

Espontáneo

Secundario a (Debe seleccionar el primer episodio ETEV)

Cirugía

Traumatismo

Embarazo/puerperio

THS

Otros

Inmovilización

Anticonceptivos

Cáncer activo

Edad del primer episodio* años

Número de episodios ETEV distintos (TVP+TEP+TFS)*

Antecedentes personales de Trombosis arterial*

Sin antecedentes

Infarto de miocardio

Edad 1^o*

Angina coronaria

Edad 1^o*

Ictus isquémico (tipo A.I.T.)

Edad 1^o*

Cardioembólico

Ictus isquémico (infarto cerebral)

Edad 1^o*

Cardioembólico

Enfermedad arterial periférica

Edad 1^o*

Cardioembólico

Trombosis de bypass o de stent arterial

Ausencia de factores de riesgo arterial (HTA, dislipemia, obesidad, tabaquismo, diabetes), de arteriosclerosis evidente o de cualquier otra causa vascular de isquemia

Comentarios

Declaro que el paciente ha firmado consentimiento informado para esta evaluación.

Firmado:

En _____, a _____ de _____ de 201__