

\*Campos imprescindibles de cumplimentación

**Médico solicitante**

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

**Datos del servicio** (Es obligatorio cumplimentar todos los campos)

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

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

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

**Observaciones**

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

<b>Anticonceptivos hormonales</b>	<b>Embarazo</b>	<b>Terapia hormonal</b>	<b>Intervención quirúrgica</b>
<b>Ninguna</b>	<b>Otras</b>		

**Características del paciente y factores de riesgo personal**

<b>Edad*</b> (años)	<b>Sexo*</b>	Hombre	Mujer	<b>Peso*</b>	Kg	<b>Talla*</b>	cm
---------------------	--------------	--------	-------	--------------	----	---------------	----

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

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

**En mujeres**

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

Angina coronaria

Edad 1<sup>o</sup>\*

Ictus isquémico (tipo A.I.T.)

Edad 1<sup>o</sup>\*

Cardioembólico

Ictus isquémico (infarto cerebral)

Edad 1<sup>o</sup>\*

Cardioembólico

Enfermedad arterial periférica

Edad 1<sup>o</sup>\*

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\_\_