



REGISTRE COCHE
SOUS L'EGIDE DE LA COMETH

N° de centre

**Observatoire de la prise en charge des épisodes coronariens aigus et
de la prévention secondaire du risque cardiovasculaire
par antithrombotiques chez les hémophiles**

Identification

Identification malade : Nom : |_|_|_|_| Prénom : |_|_|_|

Sexe : Homme Femme Age : |_|_|_| ans

Poids : |_|_|_|_|, |_| kg Taille : |_|_|_|_| cm

Date d'entrée : |_|_|_| / |_|_|_| / 201|_|

Date de sortie : |_|_|_| / |_|_|_| / 201|_|

Critères d'inclusion :

Patient hémophile A ou B : Non Oui

Information écrite délivrée au patient : Non Oui

Mise en route d'un traitement antiplaquettaire : Non Oui

Nom du médecin : _____

Email : _____

Contacts :

1) Médecins Spécialiste Hémophilie référent : _____

2) Cardiologue référent : _____

Cachet du médecin

FICHE D'INCLUSION

A REMPLIR LE PLUS TOT POSSIBLE,
DES QUE L'INVESTIGATEUR EST EN POSSESSION
DE LA MAJORITE DES ELEMENTS IMPORTANTS
(POURRA ETRE COMPLETEE ULTERIEUREMENT)

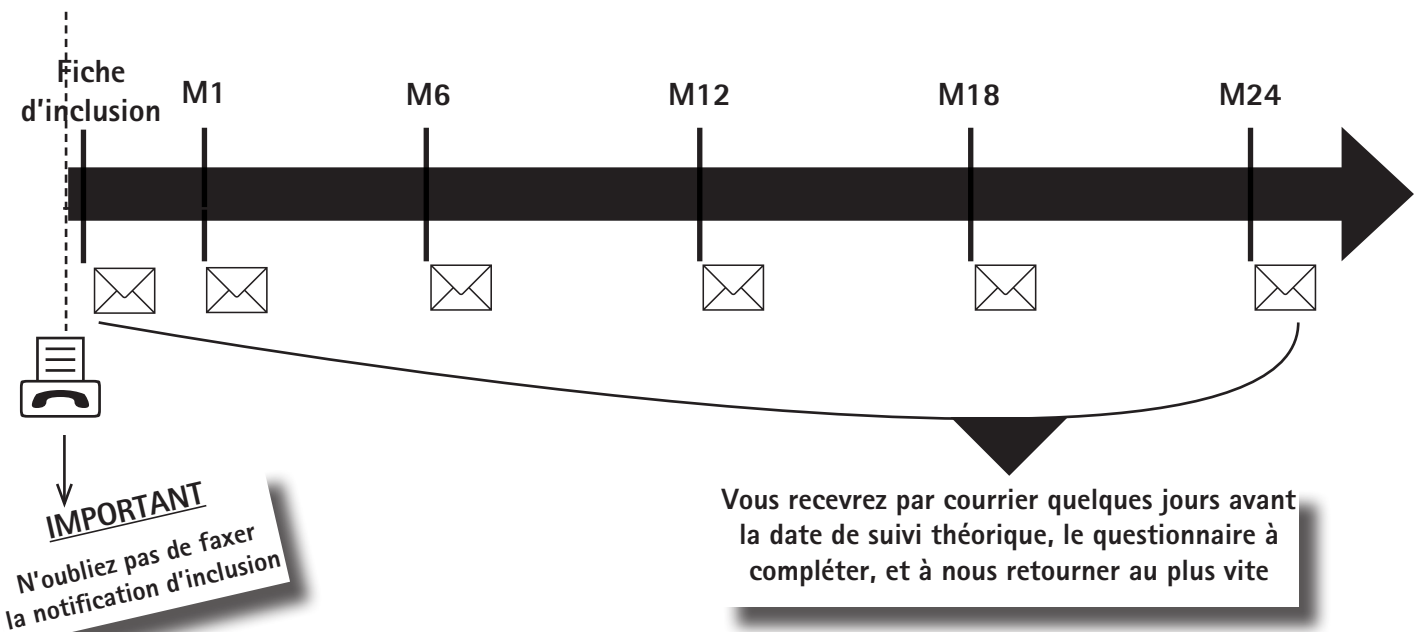
DISTINGUER :

PATIENT VU EN CONSULTATION DATE : |_|_| / |_|_| / 201|_|

PATIENT HOSPITALISE DATE ENTREE : |_|_| / |_|_| / 201|_|

DATE SORTIE : |_|_| / |_|_| / 201|_|

Inclusion



ANTECEDENTS AVANT L'EVENEMENT CARDIOVASCULAIRE

HEMOPHILIE

- Hémophilie : A B
- Gravité hémophilie : Mineure Modérée Majeure
Taux de FVIII/IX : |_|_|_| % Année de découverte : |_|_|_|_|
- Prise de Desmopressine : Non Oui : date du dernier traitement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
dose : _____
- Substitution par traitement antihémophilique : Non Oui
A la demande : Non Oui
Si oui : Date de la dernière injection : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
Type de traitement : _____
Dose : _____
Nombre d'injections dans les 6 derniers mois : |_|_|
- Prophylactique : Non Oui
Fréquence de la substitution : Bi-quotidienne Quotidienne Trois fois/semaine
 Deux fois/semaine Autre : _____
Dose de la substitution UI/kg : _____
- Traitement by-passant : Non Oui, lequel : _____
dose : _____
- Autre(s) traitements en cours : Non Oui, lesquels : _____

- Complications de l'hémophilie :
 - Infectieuse : HBV HCV HIV
 - Hémorragique
Nombre d'articulations atteintes : |_|_|
Recours à la chirurgie : Non Oui
- Prothèse : Genou Hanche Cheville
- Autre : _____
 - Antécédent d'hémorragie gastro-intestinale : Non Oui
Autre antécédent d'accident hémorragique grave : Non Oui
Si oui, précisez : _____
 - Présence d'un inhibiteur Non Oui Antécédent
Si oui : taux |_|_|_| BU

CARDIOVASCULAIRES

- Aucun
- Facteurs de risque**
 - Diabète insulino-dépendant
 - Diabète non insulino-dépendant
 - Tabagisme (actif dans les 3 dernières années)
 - HTA
 - Hérité coronaire
 - Bilan lipidique : Non Oui
Si oui : Normal Anormal
 Non disponible
- Antécédents de Pathologies cardio-vasculaires**
 - Angioplastie coronaire
 - Infarctus
 - Pontage coronaire
 - AVC/AIT
 - Antécédent pathologie artérielle périphérique
 - Antécédent de fibrillation atriale

FICHE HOSPITALISATION POUR LE TRAITEMENT DE LA CORONAROPATHIE

Evénement qualifiant

- Infarctus du myocarde avec sus décalage
- Syndrome coronaire aigu sans sus décalage troponine +
- Syndrome coronaire aigu sans sus décalage troponine -
- Angor d'effort stable
- Dépistage d'ischémie myocardique silencieuse

CORONAROGRAPHIE

Non Oui si NON, passer en page suivante

Voie d'abord : Radiale Fémorale Humérale

Résultats :

- Lésions coronaires nécessitant un traitement médical
- Indication d'Angioplastie coronaire
- Indication de pontage
- Coronarographie normale

Angioplastie Non Oui

Stents utilisés : Actifs Nus Mixtes

Nombre de stents : |_|_|_|

DIAMETRE MINIMUM DU STENT : |_|_|_| mm

LONGUEUR TOTALE DE STENT : |_|_|_| mm

Artère coupable : Tronc IVA ou diag CX ou mg Droite

Pontage : Non Oui

Complications pendant le geste invasif : Non Oui

Si oui, précisez : _____

Traitements associés au geste invasif :

- Anticoagulant pendant la coronarographie, type et dose : _____
- Anticoagulant pendant l'angioplastie, type et dose : _____
- AntiGPIIb/IIIa, type et dose : _____
- Anticoagulant pendant le pontage, type et dose : _____

Traitement antihémodiluant pendant le geste invasif :

Type : _____

Dose : _____

Durée : _____

Fréquence : _____

Avez-vous un objectif de taux : Non Oui, de combien : |_|_|_|_|%

TRAITEMENT ANTIPLAQUETTAIRE/ANTITHROMBOTIQUE HOSPITALIER

Aspirine

Dose de charge IV : Non Oui Dose (mg) : |_|_|_|_|
Dose entretien (mg) : |_|_|_|_|

Clopidogrel

Dose de charge : 300 600 900 Pas de dose de charge
Dose entretien (mg) : 75 150

Prasugrel

Dose entretien (mg) : 10 Autre, précisez : |_|_|_|_|

Ticagrelor

Dose entretien (mg) : 90 X 2 Autre, précisez : |_|_|_|_|

HBPM, précisez produit et dose : _____

Date début : |_|_|_| / |_|_|_| / 201|_|_| Date fin : |_|_|_| / |_|_|_| / 201|_|_|

HNF, précisez dose (UI) : _____

Date début : |_|_|_| / |_|_|_| / 201|_|_| Date fin : |_|_|_| / |_|_|_| / 201|_|_|

Fondaparinux, précisez dose (UI) : _____

Date début : |_|_|_| / |_|_|_| / 201|_|_| Date fin : |_|_|_| / |_|_|_| / 201|_|_|

Bivalirudine, précisez dose (UI) : _____

Date début : |_|_|_| / |_|_|_| / 201|_|_| Date fin : |_|_|_| / |_|_|_| / 201|_|_|

AntiGPIIb/IIIa

type : _____ Bolus simple

Précisez durée infusion en heure : _____

BIOLOGIE HOSPITALIERE

Premier Hématocrite (%) : |_|_|_|_|

Hématocrite le plus bas (%) : |_|_|_|_|

Première Hb (g/dl) : |_|_|_|_|

Hb la plus basse (g/dl) : |_|_|_|_|

TRAITEMENT ANTIHEMOPHILIQUE PENDANT LA DUREE D'HOSPITALISATION

Fréquence de la substitution :

- | | | |
|---|--------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Bi-quotidienne | Dose : _____ | Durée : _ _ _ jours |
| <input type="checkbox"/> Quotidienne | Dose : _____ | Durée : _ _ _ jours |
| <input type="checkbox"/> Trois fois/semaine | Dose : _____ | Durée : _ _ _ jours |
| <input type="checkbox"/> Deux fois/semaine | Dose : _____ | Durée : _ _ _ jours |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | Dose : _____ | Durée : _ _ _ jours |

Survenue d'un événement hémorragique :

Non Oui

Précisez la date de survenue de l'événement : |_|_| / |_|_| / 201|_|

Spontané

Lié a un geste interventionnel

Autre : _____

Nature du saignement : _____

Prise en charge de l'événement :

Ayant nécessité une intervention chirurgicale pour contrôle

Précisez : _____

Ayant nécessité une transfusion, nombre de Culots : |_|_|

Autres modalités de prise en charge : _____

Traitement antihémostatique supplémentaire :

Non Oui

Si oui, dose de la substitution pendant l'évènement hémorragique : _____

Survenue d'un événement ischémique

Non Oui

Précisez la date de survenue de l'événement : |_|_| / |_|_| / 201|_|

Décès d'origine cardiovasculaire

Décès non cardiovasculaire

Nouvel Infarctus

AVC, précisez : AVC ischémique AIT

Revascularisation urgente

Ischémie récidivante sans IDM

Thrombose de stent (angiographique)

Autre : _____

TRAITEMENT ANTIPLAQUETTAIRE/ANTITHROMBOTIQUE A LA SORTIE DE L'HOPITAL

- Aspirine Dose (mg) : |_|_|_|_|
- Clopidogrel Dose (mg) : 75 150
- Prasugrel Dose entretien (mg) : 10 Autre, précisez : |_|_|_|_|
- Ticagrelor Dose entretien (mg) : 90 X 2 Autre, précisez : |_|_|_|_|
- Fondaparinux
- Poursuite d'un traitement anticoagulant : Non Oui
- Si oui, précisez : _____
- Date de fin : |_|_|_|_| / |_|_|_|_| / 201|_|_|

- Bêtabloquant
- IEC
- Statines
- Aldactone
- Coprescription IPP

TRAITEMENT ANTIHEMOPHILIQUE A LA SORTIE DE L'HOPITAL

Traitement Antihémophilique prescrit à la sortie de l'hôpital :

- Non Oui

Si OUI : fréquence de la substitution :

- | | | |
|---|--------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bi-quotidienne | Dose : _____ | Durée : _ _ _ _ jours |
| <input type="checkbox"/> Quotidienne | Dose : _____ | Durée : _ _ _ _ jours |
| <input type="checkbox"/> Trois fois/semaine | Dose : _____ | Durée : _ _ _ _ jours |
| <input type="checkbox"/> Deux fois/semaine | Dose : _____ | Durée : _ _ _ _ jours |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | Dose : _____ | Durée : _ _ _ _ jours |

FICHE HOSPITALISATION POUR PRISE EN CHARGE D'UNE FIBRILATION ATRIALE

Type de fibrillation : Paroxystique Persistante Permanente

Paroxystique=Épisode récurrent qui s'achève spontanément en moins de 8 jours (le plus souvent <24 h).

Persistante=Épisodes récurrents ou FA continue > 7 jours. Si une cardioversion (pharmacologique ou électrique) a mis fin à l'épisode, cela ne change pas la classification du patient. En d'autres termes, la cardioversion ne fait pas passer la FA dans la catégorie paroxystique.

Permanente=Connue depuis longtemps. Contre-indication à la cardioversion ou tentatives ayant échoué.

Score CHADS 2 :

- Age > 75 ans
- Antécédents AIT AVC
- HTA
- Diabète
- Insuffisance cardiaque

Score CHADS 2 VASC :

Pathologie artérielle périphérique : Non Oui
(Antécédent IDM, maladie artérielle périphérique, plaque aortique)

Score HAS-BLEED :

- | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| H hypertension | <input type="checkbox"/> 1 point | |
| A anomalie rénale ou hépatique | <input type="checkbox"/> 1 point | <input type="checkbox"/> 2 points |
| S stroke | <input type="checkbox"/> 1 point | |
| B Bleeding | <input type="checkbox"/> 1 point | |
| L Labile INR | <input type="checkbox"/> 1 point | |
| E Elderly (e.g age >65 ans) | <input type="checkbox"/> 1 point | |
| D Drogue ou alcool | <input type="checkbox"/> 1 point | <input type="checkbox"/> 2 points |

Paramètres écho-cardiographiques :

Fraction d'éjection ventriculaire (en %) : |__|__| %

Taille de l'oreillette gauche (en cm²) : |__|__| cm²

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Hypertrophie ventriculaire gauche : | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Présence d'une valve mécanique aortique : | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Présence d'une valve mécanique mitrale : | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Présence d'une autre valvulopathie : | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |

Si oui, précisez : _____

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Présence d'une autre anomalie : | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|

Si oui, précisez : _____

PRISE EN CHARGE DE LA FIBRILLATION ATRIALE

Tentative de réduction de la fibrillation : Non Oui

Méthodologie de réduction de la fibrillation :

Pharmacologique :

- Immédiate (début FA < 48H)
- Rapide après contrôle ETO
- Après 3 semaines d'anticoagulant

Cardioversion électrique :

- Immédiate (début FA < 48H)
- Rapide après contrôle ETO
- Après 3 semaines d'anticoagulant

Ablation des veines pulmonaires : Non Oui

TRAITEMENT ANTIPLAQUETTAIRE/ANTITHROMBOTIQUE HOSPITALIER (DOSE QUOTIDIENNE)

- Aucun
- Aspirine Dose (mg) : |_|_|_|_|
- Clopidogrel Dose (mg) : 75 150
- HBPM Dose (UIAXa) : |_|_|_|_|
- HNF Dose (UI) : |_|_|_|_|
- Antivitamine K Dose (mg) : |_|_|_|_|
- Dabigatran Dose (mg) : |_|_|_|_|
- Rivaroxaban Dose (mg) : |_|_|_|_|
- Apixaban Dose (mg) : |_|_|_|_|

BIOLOGIE HOSPITALIERE

Premier Hématocrite (%) : |_|_|_|_|

Hématocrite le plus bas (%) : |_|_|_|_|

Première Hb (g/dl) : |_|_|_|_|

Hb la plus basse (g/dl) : |_|_|_|_|

TRAITEMENT ANTIPLAQUETTAIRE/ANTITHROMBOTIQUE A LA SORTIE DE L'HOPITAL

- Aucun
- Aspirine Dose (mg) : |_|_|_|_|
- HBPM Dose (UIAXa) : |_|_|_|_|
- Clopidogrel Dose (mg) : 75 150
- Antivitamine K Dose (mg) : |_|_|_|_|
- Dabigatran Dose (mg) : |_|_|_|_|
- Rivaroxaban Dose (mg) : |_|_|_|_|
- Apixaban Dose (mg) : |_|_|_|_|

TRAITEMENT ANTIHEMOPHILIQUE A LA SORTIE DE L'HOPITAL

Fréquence de la substitution :

- Bi-quotidienne Dose : _____ Durée : |_|_|_| jours
- Quotidienne Dose : _____ Durée : |_|_|_| jours
- Trois fois/semaine Dose : _____ Durée : |_|_|_| jours
- Deux fois/semaine Dose : _____ Durée : |_|_|_| jours
- Autre : _____ Dose : _____ Durée : |_|_|_| jours