

## CONFINEMENT COVID-19 ET IMPACT SUR LES PATHOLOGIES VASCULAIRES

**Age Patient :**

**Sexe Patient :** Homme  Femme

Avec vous interrompu un traitement que vous preniez habituellement ?

**OUI  NON**

<b>Si oui, lequel ?</b>			<b>Mis en route pour quelle pathologie ?</b>		
	OUI	NON		OUI	NON
Antiagrégant plaquettaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AIT / AVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anticoagulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IDM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti-hypertenseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Claudication MI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
si oui, IEC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulcère MI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Statine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombophlébite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embolie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			AC/FA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vous a-t-on mis en route un nouveau traitement pendant l'épidémie ?

**OUI  NON**

<b>Si oui, lequel ?</b>			<b>Mis en route pour quelle pathologie ?</b>		
	OUI	NON		OUI	NON
Antiagrégant plaquettaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AIT / AVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anticoagulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IDM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti-hypertenseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Claudication MI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
si oui, IEC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ischémie critique des MI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Statine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombophlébite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement Covid-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embolie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous eu une prévention de MTEV ?

OUI  NON

Avez-vous été immobilisé ?

OUI  NON