

**DEMANDE DE CARTES PATIENTS**  
**THROMBOPENIE INDUITE PAR L'HEPARINE**



A adresser par mail à :

Email : [rdv.hemato.trousseau@chu-tours.fr](mailto:rdv.hemato.trousseau@chu-tours.fr)

Nombre de cartes :            5 ☐                            10 ☐

Adresse : .....

.....

.....

Date :        ...../ ..... /.....

Nom du demandeur :

.....

Signature et cachet :

***Nota bene : toute TIH confirmée doit être déclarée au centre de pharmacovigilance de votre établissement***

---

***Traçabilité de l'envoi :***

***Cartes envoyées par courrier le : ...../...../.....***