

**EVALUATION DU RISQUE THROMBO-EMBOLIQUE ET SCHEMA THERAPEUTIQUE
CHIRURGIE UROLOGIQUE**

RISQUE LIE A LA CHIRURGIE	RISQUE LIE AU MALADE	Risque Chirurgie	Risque Malade	Risque Thrombo-embolique	SCHEMA THERAPEUTIQUE RECOMMANDE
<ul style="list-style-type: none"> - cure hydrocèle ou varicocèle - chirurgie ambulatoire - hernie inguinale - testicule, verge, urètre - endo-urologie 	<ul style="list-style-type: none"> - absence de facteur de risque thrombo-embolique autre que l'âge 	1	1	FAIBLE	Aucun traitement médicamenteux n'est nécessaire
<ul style="list-style-type: none"> - chirurgie du rein de la vessie de la prostate (voie haute) (hors cancer) 	<ul style="list-style-type: none"> - âge > 40 ans - contraception orale par oestroprogestatifs et/ou THS - cardiopathie décompensée - alitement péri-opératoire > 4 jours - varices - infection pré-op. généralisée ou localisée aiguë - post-partum (1 mois) - obésité <p>Le risque est augmenté en présence de plusieurs facteurs de risque.</p>	2	2	MODERE	Bas Anti-thrombose + Lovenox 20 mg H 6 Post opératoire
<ul style="list-style-type: none"> - cystectomie totale - prostatectomie radicale - néphrectomie élargie - coélio-chirurgie 	<ul style="list-style-type: none"> - cancer actuel ou évolutif - antécédent thrombo-embolique - paralysie des membres inférieurs (après accident vasculaire cérébral, par exemple) - syndrome myéloprolifératif - déficit connus en protéine C et S, en AT III - résistance à la protéine C activée - anticoagulant circulant - anticorps antiphospholipides 	3	3	ELEVE	Bas anti-thrombose + Lovenox 40mg 1 ère injection sous cutanée 12 h avant l'intervention puis une injection sous cutanée par jour (au plus tôt à H 6)

* Les dissections étendues et/ou hémorragiques et/ou de durée anormalement prolongée font passer les interventions du risque chirurgical 1 au risque chirurgical 2, ou du risque 2 au risque 3.

CHIRURGIEN - Date :

Signature :

**EN CAS D'ANESTHESIE RACHIDIENNE (ALR)
PAS DE LOVENOX AVANT L'INTERVENTION**

**ENDO-UROLOGIE : PAS DE LOVENOX AVANT L'INTERVENTION
(sauf cas particuliers)**

ANESTHESISTE - Date :

Signature :