

INSTALLATION : _____

ORDONNANCES PHARMACEUTIQUES

TRAITEMENT LORS CONFIRMATION TVP – ACCUEIL CLINIQUE

Allergies médicamenteuses¹/intolérances¹ : _____

ANNÉE	MOIS	JOUR	h

Date Heure

Poids¹ : _____ kg Taille¹ : _____ cm

Ordonnance d'anticoagulothérapie à utiliser seulement lors d'un référencement à l'accueil clinique pour une suspicion de thrombose veineuse profonde (TVP).

Contre-indications aux anticoagulants : ACV hémorragique/hémorragie cérébrale dans les 3 derniers mois, saignement actif, coagulopathie/thrombocytopénie, ulcère peptique dans les 3 derniers mois, insuffisance rénale avec Clairance de la créatinine inférieure à 30 mL/min ou poids supérieur à 130 kg

Anticoagulothérapie à débiter ou poursuivre lors de la confirmation d'une TVP au Doppler³ :

Choisir une option parmi les trois suivantes. Privilégier la voie PO, sauf en cas de contre-indications².

Choix d'anticoagulothérapie
<input type="checkbox"/> Apixaban (Eliquis) 10 mg PO BID pour 7 jours total (incluant traitement empirique) puis réévaluation
<input type="checkbox"/> Rivaroxaban (Xarelto) 15 mg PO BID pour 7 jours total (incluant traitement empirique) puis réévaluation
Seulement en cas de contre-indications ³
<input type="checkbox"/> Tinzaparine (Innohep) _____ unités SC (175 unités/kg/jour) DIE pour 7 jours (incluant traitement empirique) puis réévaluation

²Contre-indications anticoagulothérapie PO : grossesse/allaitement, VIH, valve mécanique ou prise de : ketoconazole, itraconazole, posaconazole, phénytoïne, carbamazépine, phénobarbital, rifampicine, ritonavir, millepertuis

³Le médecin ou l'IPS est responsable de déterminer la poursuite de l'anticoagulothérapie au-delà de 7 jours. Utiliser un formulaire de prescription.

Informations concernant la trajectoire à l'accueil clinique (à compléter par l'infirmière de l'AC seulement)

Résultat du Doppler veineux réalisé le : _____	<input type="checkbox"/> Positif
Résultat de la créatinine	Créatinine : _____ umol/L
<input type="checkbox"/> Réalisé le : _____ (maximum 3 derniers mois)	DFG : _____ mL/min
<input type="checkbox"/> Laboratoire prévu le : _____ (résultat sera transmis par la suite)	
Date et heure du début du traitement empirique, s'il y a lieu	Le : _____ à _____ h
Signature de l'infirmière	Nom en caractère d'imprimerie
	Date

Si questions, contacter l'infirmière de l'AC : ☐ Haute-Yamaska : 450 375-8000, poste 62515 - Télécopieur : 579 365-2026
☐ La Pommerai : 450 266-4342, poste 65441 - Télécopieur : 450 263-5708

Signature du prescripteur

Nom en caractère d'imprimerie

N° de permis

¹ Documenter dans le DCI (ARIANE) lorsque disponible

Numérisé le (année/mois/jour) : _____ / _____ / _____ à _____ h