Centre de santé et de services sociaux
de Portneuf

# ORDONNANCE INDIVIDUELLE (O. I.)

| **OBJET :** COMPLEXE PROTHROMBIQUE HUMAIN (BERIPLEX® P/N) | **CODE : O. I. 11** |
|---|---|
| **DÉFINITION :** **Complexe prothrombique humain contenant des facteurs de coagulation et des protéines** | ACCEPTÉE PAR :<br>Comité de pharmacologie le : 2013-02-26<br>Exécutif du CMDP le : 2013-02-28<br>Exécutif du CII le : 2014-06-18<br>RÉVISÉE LE : 2014-07-30 |

## Clientèle visée

**Clientèle 18 ans et plus**

## Indication

- **Pour contrer l'effet d'un antagoniste de la vitamine K chez une clientèle adulte présentant des signes d'hémorragie importante**

## Contre-indication

- **Antécédent d'allergie à une composante du produit (contient de l'héparine)**
- **Thrombocytopénie induite par l'héparine**

## Précaution

**Usager avec antécédent récent de maladie thrombotique, d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral ischémique**

## Ordonnance et posologie

**Poids estimé :**

| | |
|---|---|
| **Pré-administration** | ☑ RIN avant l'administration de Beriplex® P/N |
| **Dose Beriplex® P/N** | ☐ RIN inférieur à 3 : 1000 unités, soit 40 mL<br>☐ RIN de 3 à 5 : 2000 unités, soit 80 mL<br>☐ RIN supérieur à 5 : 3000 unités, soit 120 mL<br>☐ RIN inconnu : 2 mL/kg, soit _____ mL<br>Le débit de perfusion est de 8 mL/minutes, soit 480 mL/heure<br>***Dose maximale unique : 200 mL (5000 unités internationales)*** |
| **Post- administration** | ☑ Vitamine K 10 mg I.V. dans 50 mL NaCl 0,9 % sur 30 min<br>☑ RIN 30 minutes post-administration de Beriplex® P/N |

## Alerte

**Début d'action : 10 à 30 minutes** **Durée d'action : 6 à 8 heures**

**La correction d'une altération de l'hémostase causée par un antagoniste de la vitamine K est obtenue au plus tard 30 minutes après l'administration. Si la vitamine K est administrée simultanément, il n'est généralement pas nécessaire de répéter le traitement d'un complexe prothrombique humain.**
**Se référer au Manuel sur la pharmacothérapie parentérale « Prothrombine humaine (complexe) »**

**Signature du médecin :** **Date :**