

PROPHYLAXIE THROMBOEMBOLIQUE USAGERS HOSPITALISÉS (18 ANS ET PLUS) ORDONNANCE

Poids ____kg Taille ____m Créatinine ____mmol/l

Allergies _____ Intolérances _____

Note : Calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) = $\frac{\text{poids (kg)}}{(\text{taille (m)})^2}$ IMC _____kg/m²

ÉVALUATION DU RISQUE THROMBOEMBOLIQUE SELON SCORE PADUA

(Supérieur ou égal à 4 points : usager à risque élevé de thromboembolie veineuse)

*Important de toujours valider si contre-indications ou précautions à la thromboprophylaxie (voir page 2).

Facteurs de risque	Points	Facteurs de risque	Points
<input type="checkbox"/> Cancer actif (métastases ou chimiothérapie/radiothérapie dans les derniers 6 mois)	3 points	<input type="checkbox"/> Âge avancé (supérieur ou égal à 70 ans)	1 point
<input type="checkbox"/> Antécédent de thromboembolie veineuse	3 points	<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque ou respiratoire	1 point
<input type="checkbox"/> Immobilisation ou mobilité réduite	3 points	<input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde aigu ou accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique	1 point
<input type="checkbox"/> Thrombophilie	3 points	<input type="checkbox"/> Infection aiguë ou condition rhumatologique	1 point
<input type="checkbox"/> Trauma ou chirurgie récente (inférieur ou égal à 1 mois)	2 points	<input type="checkbox"/> Obésité (IMC supérieur ou égal à 30)	1 point
		<input type="checkbox"/> Hormonothérapie	1 point

Thromboprophylaxie indiquée Score Padua supérieur ou égal à 4 Autre _____

Thromboprophylaxie pharmacologique ne s'applique pas :

Déjà anticoagulé Risque faible (Score Padua inférieur ou égal à 3) Contre-indications (voir verso)

Autre _____

THROMBOPROPHYLAXIE PHARMACOLOGIQUE

Note : Pour les usagers pesant **plus de 120 kg**, considérer une dose plus élevée (consulter un spécialiste au besoin).

	Poids inférieur à 40 kg	Poids 40 à 100 kg	Poids 101 à 120 kg	Plus de 120 kg
CHOIX N° 1 ClCr à 30 ml/min ou plus	<input type="checkbox"/> Enoxaparine (Lovenox ^{MD}) 30 mg sous-cutané (SC) 1 fois par jour	<input type="checkbox"/> Enoxaparine Lovenox ^{MD} 40 mg sous-cutané 1 fois par jour	<input type="checkbox"/> Enoxaparine (Lovenox ^{MD}) 40 mg sous-cutané aux 12 heures (h)	Choix de médicament et dose à individualiser.
CHOIX N° 2 ClCr à 29 ml/min ou moins	<input type="checkbox"/> Héparine 5000 unités sous-cutané aux 12 heures	<input type="checkbox"/> Héparine 5000 unités SC aux 8 h <input type="checkbox"/> Héparine 5000 unités SC aux 12 h (si à risque de saignement élevé)	<input type="checkbox"/> Héparine 5000 unités sous-cutané aux 8 heures	

CHOIX N° 3

<input type="checkbox"/> Si allergie, hypersensibilité ou thrombocytopenie induite par l'héparine ou une héparine à faible poids moléculaire.	
Fondaparinux (Arixtra ^{MC})	
<input type="checkbox"/> Si clairance de la créatinine égale ou supérieure à 50 ml/min	Arixtra ^{MC} 2,5 mg une fois par jour
<input type="checkbox"/> Si clairance de la créatinine entre 30 et 49 ml/min	Arixtra ^{MC} 1,5 mg une fois par jour
<ul style="list-style-type: none"> • L'utilisation de l'Arixtra est contre-indiquée si poids inférieur à 50 kg et/ou clairance de la créatinine inférieure à 30 ml/min. • Pour les situations d'allergie ou de thrombopénie induite à l'héparine chez les usagers de moins de 50 kg ou clairance de la créatinine inférieure à 30 ml/min, référer à l'hématologue et/ou au pharmacien. 	

Nom :

N° dossier :

CRITÈRES DE RÉÉVALUATION
<ul style="list-style-type: none">• Sous traitement : réévaluation hebdomadaire et au congé de l'hôpital.• Sans traitement : réévaluation quotidienne ou lors de changement de l'état (Ex. : diminution de la mobilité).
CONTRE-INDICATIONS À LA THROMBOPROPHYLAXIE PHARMACOLOGIQUE
<input type="checkbox"/> Saignement actif ou risque élevé de saignement. <input type="checkbox"/> Coagulopathie (hémophilie, Von Willebrand, etc.). <input type="checkbox"/> Thrombocytopénie (plaquettes inférieures à $50 \times 10^9 / l$). <input type="checkbox"/> Lésion à risque de saignement élevé (ulcère actif, AVC massif). <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle grave non maîtrisée. <input type="checkbox"/> Rétinopathie diabétique hémorragique.
PRÉCAUTIONS À LA THROMBOPROPHYLAXIE (à l'intention du prescripteur)
<input type="checkbox"/> Saignement au cours des 3 derniers mois. <input type="checkbox"/> Analgésie épidurale ou rachidienne ou de cathéter épidural ou rachidien. <input type="checkbox"/> Endocardite bactérienne aiguë ou subaiguë (à évaluer selon chaque dossier). <input type="checkbox"/> Compromis artériel périphérique (prudence pour jambières à compression intermittente). <input type="checkbox"/> Dyscrasie sanguine acquise (allongement rapport national normalisé (RNI) ou temps de céphaline activée (TCA) ou insuffisance hépatique). <input type="checkbox"/> Autres _____
DURÉE
Poursuivre la thromboprophylaxie au moins jusqu'au congé de l'hôpital ou jusqu'à cessation par le médecin traitant.
SURVEILLANCE OBLIGATOIRE MINIMALE
Rapport national normalisé (RNI) ou temps de céphaline activée(TCA), créatinine, formule sanguine complète (FSC) (hémoglobine, hématocrite, plaquettes) : <input type="checkbox"/> Avant le traitement <input type="checkbox"/> Au jour 1 Ensuite, 2 fois par semaine pour 3 semaines puis 1 fois par semaine pour la durée de la thromboprophylaxie.
THROMBOPROPHYLAXIE MÉCANIQUE
Si la thromboprophylaxie pharmacologique est contre-indiquée ou selon l'évaluation de la situation clinique : <input type="checkbox"/> Bas antiemboliques <input type="checkbox"/> Compression intermittente pneumatique, si disponible
SIGNATURE
Date _____ Heure _____ Signature médicale (ou autorisée) _____ N° de permis _____ aaaa/mm/jj hh:mm
RELEVÉ DE L'ORDONNANCE
Date _____ Heure _____ Signature _____ aaaa/mm/jj hh:mm Infirmière
Approuvé par le comité de pharmacologie le 2019-11-05
Légende : CICr : clairance créatinine