



CP11388

ORDONNANCE - ANTICOAGULANT ORAL DIRECT (AOD)

Poids contrôlé : _____ kg Taille : _____ cm Allergies : _____

Intolérances : _____

- apixaban (Eliquis^{md}) dabigatran (Pradaxa^{md})
 edoxaban (Lixiana^{md}) rivaroxaban (Xarelto^{md})

Indication : _____

Présence d'une contre-indication **absolue** à un AOD

- Fonction rénale sévèrement altérée (CICr calculée inférieure à 15 mL/min). **Éviter tout AOD.**
 Usager porteur de valve mécanique (mitrale ou aortique)
 Usager présentant une sténose mitrale modérée à sévère
 AVC hémorragique récent
 Interaction majeure (inducteur/inhibiteur puissant du CYP3A4 et/ou de la P-glycoprotéine)
 Syndrome antiphospholipide
 Le rivaroxaban (Xarelto^{md}) est contre-indiqué lors d'un TAVI (implantation percutanée d'une prothèse valvulaire aortique)

En présence d'une de ces contre-indications, le traitement anticoagulant à privilégier demeure la warfarine/nicoumalone.

Présence d'une contre-indication **relative** à un AOD

- Toute chirurgie de la valve mitrale
 Saignement actif récent
 Fonction rénale altérée (CICr calculée 15-29 mL/min). Favoriser apixaban ou rivaroxaban.
 Chirurgie de l'obésité
 IMC supérieur ou égal à 40 kg/m²
 Cancer actif
 Maladie hépatique active OU enzymes hépatiques supérieurs 2-3 fois la limite supérieure à la normale
 Usager présentant un poids inférieur à 50 kg
 Thrombose veineuse au niveau d'un site inhabituel

Notes / Commentaires : _____

Décision retenue:

- débuter AOD (compléter verso)
 maintenir ou débuter la warfarine ou la nicoumalone

Quantité : _____		Nombre de renouvellement(s) : _____									
AOD	Dose	Code d'exception (indication)									
<input type="checkbox"/> Apixaban (Eliquis ^{md})	<input type="checkbox"/> 2,5 mg p.o. bid <input type="checkbox"/> 5 mg p.o. bid <input type="checkbox"/> 10 mg p.o. bid x 7 jours, puis 5 mg p.o. bid	<input type="checkbox"/> CV-155 (FA) <input type="checkbox"/> CV-169 (traitement TVP/EP) <input type="checkbox"/> CV-170 (prévention TVP/EP)									
<input type="checkbox"/> Dabigatran (Pradaxa ^{md})	<input type="checkbox"/> 110 mg p.o. bid <input type="checkbox"/> 150 mg p.o. bid	CV-155 (FA)									
<input type="checkbox"/> Edoxaban (Lixiana ^{md})	<input type="checkbox"/> 30 mg p.o. die <input type="checkbox"/> 60 mg p.o. die	<input type="checkbox"/> CV-155 (FA) <input type="checkbox"/> CV-239 (TVP/EP)									
<input type="checkbox"/> Rivaroxaban (Xarelto ^{md})	<input type="checkbox"/> 20 mg p.o. die <input type="checkbox"/> 15 mg p.o. die <input type="checkbox"/> 15 mg p.o. bid x 3 sem, puis 20 mg p.o. die	<input type="checkbox"/> CV-155 (FA) <input type="checkbox"/> CV-157 (TVP) <input type="checkbox"/> CV-165 (EP)									
Procédure à suivre si usager déjà sous <input type="checkbox"/> warfarine (Coumadin ^{md}) <input type="checkbox"/> nicoumalone (Sintrom ^{md})											
Dernière dose de warfarine/nicoumalone le : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Année</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Mois</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Jour</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>				Année	Mois	Jour					
Année	Mois	Jour									
Débuter AOD :											
<input type="checkbox"/> Lorsque le RNI est inférieur à 2,0 (apixaban et dabigatran)											
<input type="checkbox"/> Lorsque le RNI est inférieur à 2,5 (edoxaban et rivaroxaban)											
<input type="checkbox"/> Dans _____ jours, soit le <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Année</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Mois</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Jour</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>				Année	Mois	Jour					
Année	Mois	Jour									
Suivis à effectuer en externe par <input type="checkbox"/> pharmacien communautaire <input type="checkbox"/> médecin de famille											
<input type="checkbox"/> RNI die jusqu'à ce que l'AOD soit débuté <input type="checkbox"/> Hb : <input type="radio"/> tous les 3 mois <input type="radio"/> tous les 6 mois <input type="radio"/> annuellement <input type="checkbox"/> Créatinine/CICr : <input type="radio"/> tous les 3 mois <input type="radio"/> tous les 6 mois <input type="radio"/> annuellement											
En tout temps, si la fonction rénale diminue (CICr inférieure à 30 mL/min pour le dabigatran et l'edoxaban; et 15 mL/min pour l'apixaban et le rivaroxaban), la possibilité de reprendre l'anticoagulant oral (warfarine (Coumadin ^{md}) / nicoumalone (Sintrom ^{md})) devra être envisagée par le médecin de famille. Si le suivi est assuré par le pharmacien communautaire, ce dernier devrait contacter le médecin suivant afin de réévaluer le traitement. Il devra également le contacter en présence d'une baisse importante de l'hémoglobine.											
Nom du médecin de famille ou de la pharmacie : _____											
_____		_____									
Commentaires : _____											

N.B. Si l'ordonnance a été envoyée par télécopieur, l'original doit être déposé au dossier médical.											
Nom du prescripteur : _____		N° de permis : _____									
<small>En lettres moulées</small>		<small>Année Mois Jour Heure</small>									
Signature médicale (ou autorisée) : _____		Date : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Année</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Mois</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Jour</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Heure</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>		Année	Mois	Jour	Heure				
Année	Mois	Jour	Heure								
<input type="checkbox"/> Télécopié heure : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Heure</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">:</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>		Heure	:			Initiales : _____					
Heure	:										