

**ORDONNANCE MÉDICALE - EXTERNE
REPRISE D'UN ANTICOAGULANT POSTPROCÉDURE**

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

Intolérances : _____

À l'intention de la pharmacie					
À l'intention (professionnel assurant la gestion périprocédurale de l'anticoagulant)					

R_x

Usager sous AOD (spécifier lequel) :

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

- POURSUIVRE la conduite POSTPROCÉDURE initialement proposée par le médecin référent.
- DÉCALER le schéma de reprise initialement proposé par le médecin référent d'une journée.
- DEVANCER le schéma de reprise initialement proposé par le médecin référent d'une journée.
- ANNULER la conduite POSTPROCÉDURE initialement proposée par le médecin référent. Modifier par :

Usager sous Antivitamine K (spécifier lequel) :

warfarine (Coumadin^{md}) nicoumalone (Sintrom^{md})

- POURSUIVRE la conduite POSTPROCÉDURE initialement proposée par le médecin référent
- DÉCALER le schéma de reprise initialement proposée par le médecin référent d'une journée
- DÉCALER le schéma de reprise initialement proposée par le médecin référent de **deux** journées
- DEVANCER le schéma de reprise initialement proposé par le médecin référent d'une journée.
- ANNULER la conduite POSTPROCÉDURE initialement proposée par le médecin référent. Modifier par :

N.B. Si l'ordonnance a été envoyée par télécopieur, l'original doit être déposé au dossier médical.

IUCPQ-UL : Téléphone : 418-656-8711 poste : _____ Télécopieur : 418-656- _____

Nom du prescripteur : _____ N° de permis : _____
En lettres moulées Année Mois Jour Heure

Signature médicale (ou autorisée) : _____ Date : _____

Télécopié Date : _____ Par : _____ Page : 1/1