



CP11389

**ORDONNANCE - TRANSFERT SUIVI
ANTICOAGULOTHÉRAPIE**

Anticoagulant oral : warfarine (Coumadin^{md})
 nicoumalone (Sintrom^{md})

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

Intolérances : _____

À l'intention de la pharmacie



Pharmacien ayant accepté le transfert :

Dose actuelle d'anticoagulant : _____ Date du prochain RNI :

Année		Mois		Jour	

Héparine de faible poids moléculaire (HFPM) en cours : non

oui, spécifier l'agent et la dose : _____

Un sommaire des suivis antérieurs et des antécédents médicaux vous sera acheminé en même temps que cette demande.

Indications	RNI visé	Durée prévue
<input type="checkbox"/> Thrombose veineuse profonde <input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire <input type="checkbox"/> Fibrillation auriculaire <input type="checkbox"/> Prothèse valvulaire biologique mitrale <input type="checkbox"/> Prothèse valvulaire mécanique <input type="checkbox"/> mitrale <input type="checkbox"/> aortique <input type="checkbox"/> Thrombus / akinésie apicale <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque sévère <input type="checkbox"/> Hypertension pulmonaire <input type="checkbox"/> Thrombophilie <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> 2,0 - 3,0 <input type="checkbox"/> 2,5 - 3,5 <input type="checkbox"/> 3,0 - 4,0 <input type="checkbox"/> autre. Justification : _____ _____ _____	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-size: 2em; margin-right: 10px;">}</div> <div style="flex-grow: 1;"> <input type="checkbox"/> Puis cesser <input type="checkbox"/> Puis relais anticoagulant oral direct (AOD). Spécifier l'agent : _____ <input type="checkbox"/> À réévaluer <input type="checkbox"/> par md de famille <input type="checkbox"/> par md référant <input type="checkbox"/> autre : _____ _____ </div> </div> <input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 6 mois <input type="checkbox"/> 12 mois <input type="checkbox"/> long terme <input type="checkbox"/> indéterminée <input type="checkbox"/> autre : _____

En cours de suivi :

► **Débuter ou redébuter HFPM** lorsque RNI (et poursuivre jusqu'à RNI thérapeutique pendant 2 jours)

plus petit que 1,5 plus petit ou égal à 1,70 plus petit ou égal à 2,20 jamais

Auto-injection possible

daltéparine (Fragmin^{md}) 200 unités/kg s.c. die **OU** _____ # _____ Repetatur : _____

énoxaparine (Lovenox^{md}) 1 mg/kg s.c. bid **OU** _____ # _____ Repetatur : _____

tinzaparine (Innohep^{md}) 175 unités/kg s.c. die _____ # _____ Repetatur : _____

