

# ORDONNANCE - TRANSFERT SUIVI

## ANTICOAGULOTHÉRAPIE

**Anticoagulant oral :** warfarine (Coumadin<sup>md</sup>)  
nicoumalone (Sintrom<sup>md</sup>)

Poids contrôlé : \_\_\_\_\_ kg

CHADs2 \_\_\_\_\_

Allergies :

Taille : \_\_\_\_\_ cm

HAS-BLED \_\_\_\_\_

Intolérances :

À l'intention de la pharmacie



Pharmacien ayant accepté le transfert : \_\_\_\_\_

Dose actuelle d'anticoagulant : \_\_\_\_\_ Date du prochain RNI : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Centre de prélèvement : \_\_\_\_\_

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

Si 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
Thrombose veineuse profonde	2,0 - 3,0	1 mois puis cesser
Embolie pulmonaire	2,5 - 3,5	3 mois À réévaluer
Fibrillation auriculaire	3,0 - 4,0	6 mois par md référant
Prothèse valvulaire <b>biologique</b> mitrale	Autre	12 mois par md de famille
Prothèse valvulaire <b>mécanique</b> mitrale aortique		autre : _____
Thrombus / akinésie apicale	<b>Justification</b>	long terme
Insuffisance cardiaque sévère	_____	indéterminée
Hypertension pulmonaire	_____	Autre : _____
Thrombophilie	_____	
Autre : _____		
ATCD reliés : _____		

En cours de suivi :

**Ordonnance**

➤ **Débuter ou redébuter** HFPM lorsque RNI (et poursuivre jusqu'à 2 RNI thérapeutique consécutifs)

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

agent

daltéparine (Fragmin<sup>md</sup>) 200 unités/kg s.c. die ou \_\_\_\_\_ #QS      REN : \_\_\_\_\_

énoxaparine (Lovenox<sup>md</sup>) 1,5 mg/kg s.c. die ou \_\_\_\_\_ #QS      REN : \_\_\_\_\_

autre : \_\_\_\_\_

## ORDONNANCE - TRANSFERT SUIVI ANTICOAGULOTHÉRAPIE

En cours de suivi (suite) :

➤ **Aviser le médecin référent** lorsque :

RNI plus grand ou égal à 5,0

RNI plus grand ou égal à 6,0

autre : \_\_\_\_\_

RNI plus petit ou égal à 1,5

autre : \_\_\_\_\_

lors de toute modification posologique

présence de saignement persistant ou majeur

instabilité persistante du RNI

chutes fréquentes

autre : \_\_\_\_\_

**En cas de ces problèmes**, veuillez contacter le médecin référent ou de garde afin d'obtenir une réponse dans un délai rapproché selon l'urgence de la situation.



\_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

Faire signaler son téléavertisseur : \_\_\_\_\_

➤ **Aviser le médecin référent** du suivi de l'ajustement de l'anticoagulothérapie de ce patient :

à chaque mois

à chaque 6 mois

annuellement

par télécopieur

**OU**

à l'adresse suivante :

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Nom du pharmacien (clinique  
d'anticoagulothérapie) :

\_\_\_\_\_ En lettre moulées

N° de permis : \_\_\_\_\_

Nom du  
prescripteur :

\_\_\_\_\_ En lettre moulées

N° de  
permis : \_\_\_\_\_

Signature médicale (ou  
autorisée)

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Heure: \_\_\_\_\_

Heure de la télécopie : \_\_\_\_\_

Initiales : \_\_\_\_\_

ORDONNANCE - TRANSFERT SUIVI ANTICOAGULOTHÉRAPIE