



ORDONNANCE - TRANSFERT D'UN USAGER ANTICOAGULÉ VERS UN ANTICOAGULANT ORAL DIRECT (AOD)

Poids contrôlé : _____ kg Taille : _____ cm Créatinine : _____ umol/L CICr calculée : _____ mL/min
RNI : _____ Hb : _____ g/L Bilan hépatique : _____

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

Indication de l'anticoagulant : _____

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

- Fonction rénale altérée (CICr calculée Cockcroft-Gault inférieure à 30 mL/min)
- Usager porteur de valve mécanique
- Usager avec antécédent de sténose mitrale rhumatismale
- AVC hémorragique
- Chirurgie de l'obésité (bilio-pancréatique)
- Obésité morbide (IMC supérieur ou égal à 40 kg/m²)
- Interaction majeure (inducteur/inhibiteur puissant du CYP 3A4 et/ou de la P-glycoprotéine)

En présence d'une de ces contre-indication, le traitement anticoagulant (warfarine/nicoumalone) doit être poursuivi.

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

- Sténose mitrale ou aortique significative
- Saignement actif récent
- Triple association avec ASA et antiplaquettaire (clopidogrel (Plavix^{md}), prasugrel (Effient^{md}) ou ticagrelor (Brilinta^{md}))
- Cancer actif
- Maladie hépatique active OU enzyme hépatiques supérieurs 2-3 x LSN (limite supérieure à la normale)

Après discussion avec Dr _____, _____ spécialité il est convenu de

- Maintenir anticoagulant actuel (warfarine/nicoumalone)
- Passer à un AOD (voir page suivante)

Note / Commentaire : _____

PASSAGE À L'AOD Quantité : _____ Nombre de renouvellement(s) : _____

Agent	Dose	Code d'exception
<input type="checkbox"/> Apixaban (Eliquis ^{md})	<input type="checkbox"/> 2.5 mg bid <input type="checkbox"/> 5 mg bid <input type="checkbox"/> 10 mg bid x 7 jours, puis 5 mg bid x 6 mois puis 2.5 mg bid x 12 mois (poursuite du Tx désirée)	<input type="checkbox"/> CV-155 (FA) <input type="checkbox"/> CV-155 (FA) <input type="checkbox"/> CV-169 (TVP/EP) <input type="checkbox"/> CV-170 (prévention TVP/EP)
<input type="checkbox"/> Dabigatran (Pradaxa ^{md})	<input type="checkbox"/> 110 mg bid <input type="checkbox"/> 150 mg bid	<input type="checkbox"/> CV-155 (FA) <input type="checkbox"/> CV-155 (FA)
<input type="checkbox"/> Rivaroxaban (Xarelto ^{md})	<input type="checkbox"/> 20 mg die <input type="checkbox"/> 15 mg die <input type="checkbox"/> 15 mg bid x 3 sem, puis 20 mg die	<input type="checkbox"/> CV-155 (FA) <input type="checkbox"/> CV-155 (FA) <input type="checkbox"/> CV-157 (TVP) CV-165 (EP)

Procédure

Dernière dose de warfarine/nicoumalone le :

Année	Mois	Jour

Débuter AOD :

Lorsque le RNI est inférieur à 2.0 (dabigatran et apixaban)

Lorsque le RNI est inférieur à 2.5 (rivaroxaban)

Dans _____ jours, soit le

Année	Mois	Jour

Patient :

À aviser

Déjà avisé par : _____

Suivis à effectuer

- RNI die jusqu'à ce que l'AOD soit débuté
- Fonction rénale à chaque 6 mois*
- Hb et fonction hépatique annuellement*
- Hb, fonction rénale et hapatique annuellement*
- Fonction rénale à chaque 3 mois*

En tout temps, si la fonction rénale diminue (CICr inférieure à 30 mL/min pour le dabigatran et le rivaroxaban; et 25 mL/min pour l'apixaban), le médecin devra être contacté afin d'évaluer la possibilité de reprendre l'anticoagulant oral (warfarine (Coumadin^{md}) / nicoumalone (Sintrom^{md})).

Commentaires : _____

- 1- Pour toutes questions sur réception de cette ordonnance, contactez la clinique d'anticoagulothérapie (PCAT) de l'IUCPQ-UL (tel. 418-656-8711, poste : 1344)
- 2- Si problème ou question durant le suivi, contacter Dr _____ spécialité

CERTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Je certifie que :

- Cette ordonnance est une ordonnance originale.
- Le pharmacien identifié est le seul destinataire.
- L'original ne sera pas réutilisé.

Nom du pharmacien de la PCAT : _____ **N° de permis :** _____

En lettres moulées

Nom du prescripteur : _____ **N° de permis :** _____

En lettres moulées

Signature médicale (ou autorisée) : _____ **Date :**

Année	Mois	Jour	Heure

Télécopié heure :

Heure	:

Initiales : _____