



**2.134 - ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE
ARRÊT D'UN ANTICOAGULANT DIRECT (AOD)
AVANT UNE PROCÉDURE DENTAIRE**

En réponse à votre demande, nous souhaitons vous transmettre l'information disponible après révision du dossier du patient à la clinique de fibrillation auriculaire de l'Institut de cardiologie de Montréal. Ceci vous aidera à statuer vous-même sur l'arrêt potentiel des anticoagulants en péri-procédure chez ce patient, selon votre protocole local.

Nom du patient et DDN : _____ # dossier ICM : _____

Est anticoagulé avec cet agent :

Apixaban (*Eliquis^{MD}*) **Dabigatran** (*Pradaxa^{MD}*) **Edoxaban** (*Lixiana^{MD}*) **Rivaroxaban** (*Xarelto^{MD}*)

Score CHADS₂ : _____

À noter qu'il n'est généralement pas nécessaire d'arrêter l'anticoagulant les jours précédents une procédure jugée à faible risque de saignement comme une extraction de 2 dents ou moins ou un traitement de canal. De plus, un rince-bouche à base d'acide tranexamique peut être utilisé pour réduire le risque de saignement. À titre de référence, les cardiologues sont en accord avec un arrêt de l'anticoagulant 24 heures avant la procédure et une reprise de l'anticoagulant 24 heures après la procédure.

Pour plus d'information, voici le lien vers le site de Thrombose Canada qui a émis des recommandations et vous offre un outil clinique dédié à cette question :

1. ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE PEROPÉRATOIRE DE L'ANTICOAGULOTHÉRAPIE (INTERACTIF)

https://thrombosiscanada.ca/hcp/practice/clinical_tools?calc=perioperativeAnticoagulantAlgorithm

Aussi disponible via: thrombosiscanada.ca -> Outils d'Aide Clinique

2. GUIDE CLINIQUE AOD: PRISE EN CHARGE PÉRIOPÉRATOIRE (NON INTERACTIF)

thrombosiscanada.ca -> Guides cliniques -> Gestion préopératoire

Commentaires supplémentaires :

Signature du prescripteur : _____	Permis : _____	Date : _____
-----------------------------------	----------------	--------------

OU

Application de l'ordonnance collective 1.77- <i>Gestion des anticoagulants oraux directs avant interventions externes</i>		
Signature de l'infirmière : _____	OIIQ : _____	Date : _____
Nom du médecin prescripteur : _____	Permis : _____	