



Procédure : _____

Date de la procédure : _____

- Cette ordonnance doit être utilisée seulement pour implantation/ changement de pacemaker, défibrillateur ou électrodes
- Faire INR la veille ET le matin de la procédure

Exérèse électrode au LASER :

■ INR cible pour la procédure : 1 à 1,5

- Cesser anticoagulant le : _____
- Débuter protocole héparine IV sans bolus
- Cesser héparine à 4 h le matin de la procédure

Prothèse(s) valvulaire(s) mécanique(s) :

■ INR cible pour la procédure : 2,25 à 3,0

- Si INR > 4,5 : Pas de warfarine + Vit K 1mg PO
- Si 3,25 < INR ≤ 4,5 : Pas de warfarine
- Si 2,75 < INR ≤ 3,25 : warfarine _____mg (égale demi-dose selon calendrier)
- Si 2,25 ≤ INR ≤ 2,75 : warfarine _____mg (égale pleine dose selon calendrier)
- Si INR < 2,25 : warfarine _____mg (pleine dose) + débuter protocole héparine IV sans bolus et cesser Héparine à 4h le matin de la procédure

Anticoagulation orale donnée pour :

- Thrombus OG ou VG < 6 mois
- ICT/AVC depuis < 6 mois
- ICT/AVC + sténose mitrale (quelque soit le temps)
- TPP ou EP depuis < 6 mois
- Événement embolique récidivant

Anticoagulation orale donnée pour FA + facteurs de risque suivants :

- Sténose ou bioprothèse mitrale
- Sténose ou bioprothèse aortique
- CHADS₂ ≥ 3 points :
 - FEVG < 40% (1 point)
 - HTA (1 point)
 - Âge ≥ 75 ans (1 point)
 - Diabète (1 point)
 - ICT / AVC (2 points)

■ INR cible pour la procédure : 2,0 à 2,75

- Si INR > 4 : Pas de warfarine + Vit K 1mg PO
- Si 2,75 < INR ≤ 4 : pas de warfarine
- Si 2,5 ≤ INR ≤ 2,75 : warfarine _____mg (égale demi-dose selon calendrier)
- Si 2,0 ≤ INR < 2,5 : warfarine _____mg (égale pleine dose selon calendrier)
- Si INR < 2,0 : warfarine _____mg (pleine dose) + débuter protocole Héparine IV sans bolus et cesser héparine à 4h le matin de la procédure

Anticoagulation orale donnée pour FA isolée ou autre raison : _____

■ INR cible pour la procédure : 1,5 à 2,0

- Si INR > 3,0 : pas de warfarine + Vit K 1 mg PO
- Si 2,5 < INR ≤ 3,0 : pas de warfarine
- Si 2,0 ≤ INR < 2,5 : warfarine _____mg (égale demi-dose selon calendrier)
- Si INR < 2,0 : warfarine _____mg (égale pleine dose selon calendrier). Pas d'héparine

■ Pour toutes questions, contactez le pharmacien de garde ou l'électrophysiologiste de garde.

Signature du prescripteur : _____

Date : _____

(ICT : ischémie cérébrale transitoire, AVC : accident vasculaire cérébral, TPP : thrombophlébite profonde, EP : embolie pulmonaire)