

* I C M 3 0 0 *

2.22 – ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE ADMISSION POUR INSUFFISANCE CARDIAQUE

Diagnostic : _____

Allergie / Intolérance : _____

Poids du patient : _____ kg

I- DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Niveau de soins : A B C D Pour les détails, se référer à la feuille de niveau de soins.

<input type="checkbox"/> Admission (Compléter la demande d'admission)	
<input type="checkbox"/> Observation à l'urgence	<input checked="" type="checkbox"/> Signes vitaux q 8 h ou _____
<input type="checkbox"/> Moniteur cardiaque	<input checked="" type="checkbox"/> Restriction liquidienne à 2 000 mL/24 h ou _____ mL/24 h
<input type="checkbox"/> O ₂ ad saturation > 90 %	<input checked="" type="checkbox"/> Restriction Sodium à 2 g DIE
<input type="checkbox"/> Installer sonde vésicale	<input checked="" type="checkbox"/> Dosage I/E q 8 h ad cessation de furosémide intraveineux
<input type="checkbox"/> NPO	<input checked="" type="checkbox"/> Pesée à l'admission et DIE (le matin)

Obtenir le dossier antérieur du centre référant suivant : _____

II- EXAMENS SVP COMPLÉTER LES REQUÊTES

<input checked="" type="checkbox"/> ECG ce jour	<input type="checkbox"/> DIE	<input type="checkbox"/> Échographie cardiaque trans-thoracique	<input type="checkbox"/> IRM cardiaque
<input type="checkbox"/> Rx poumons	<input type="checkbox"/> DIE	<input type="checkbox"/> Échographie trans-œsophagienne	<input type="checkbox"/> Scintigraphie de perfusion myocardique
		<input type="checkbox"/> Échographie de stress	<input type="checkbox"/> TEP SCAN <input type="checkbox"/> Ventriculographie isotopique
			<input type="checkbox"/> Scintigraphie au pyrophosphate Tc-99
<input type="checkbox"/> Hémodynamie	<input type="checkbox"/> Coronarographie	<input type="checkbox"/> Cathétérisme	<input type="checkbox"/> Biopsie
<input type="checkbox"/> Autres examens : _____			

III- CONSULTATIONS SVP COMPLÉTER LES REQUÊTES

<input type="checkbox"/> Greffe	<input type="checkbox"/> Néphrologie	<input type="checkbox"/> Hématologie	<input type="checkbox"/> Infirmière de liaison
<input type="checkbox"/> Électrophysiologie	<input type="checkbox"/> Pneumologie	<input type="checkbox"/> Psychosomatique	<input type="checkbox"/> Physiothérapie
<input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/> Médecine interne	<input type="checkbox"/> Service social	<input type="checkbox"/> Nutrition
<input type="checkbox"/> Soins palliatifs	<input type="checkbox"/> Microbiologie	<input type="checkbox"/> Soins spirituels	<input type="checkbox"/> Autres : _____

IV- ANALYSES DE LABORATOIRE

<input checked="" type="checkbox"/> Électrolytes, urée, créatinine DIE	<input type="checkbox"/> Glucose	<input type="checkbox"/> Albumine
	<input type="checkbox"/> HbA1c	
<input checked="" type="checkbox"/> À l'admission : NT Pro-BNP, troponine, gaz veineux, FSC, fer sérique, ferritine et saturation transferrine	<input type="checkbox"/> TSH	<input type="checkbox"/> Protéines totales
	<input type="checkbox"/> hs-CRP	
	<input type="checkbox"/> Profil lipidique	
<input type="checkbox"/> NT pro-BNP q _____ jour	<input type="checkbox"/> Magnésium	<input type="checkbox"/> Digoxinémie
<input type="checkbox"/> Troponine T q _____ jour	<input type="checkbox"/> Acide urique	
<input type="checkbox"/> FSC DIE	<input type="checkbox"/> Gaz veineux q _____ h	<input type="checkbox"/> Analyse d'urine
<input type="checkbox"/> INR DIE	<input type="checkbox"/> Gaz artériels q _____ h	<input type="checkbox"/> Microalbuminurie (miction)
<input checked="" type="checkbox"/> À l'admission : Bilan hépatique (AST, ALT, LDH, Phosphatase Alcaline, GGT, bilirubine totale et conjuguée)	<input type="checkbox"/> Complément du bilan anémique : vitamine B12, acide folique, LDH, haptoglobuline, transferrine, réticulocyte, TIBC)	<input type="checkbox"/> Amyloïdose AL suspectée:
<input type="checkbox"/> Bilan hépatique (AST, ALT, LDH, Phosphatase Alcaline, GGT, bilirubine totale et conjuguée) q _____ jour		<input checked="" type="checkbox"/> Électrophorèse avec immunofixation des protéines plasmatiques et urinaires
		<input checked="" type="checkbox"/> Recherche chaînes légères

Signature du prescripteur : _____

Date : _____ Heure : _____



**2.22 – ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE
ADMISSION POUR INSUFFISANCE CARDIAQUE**

V - MÉDICAMENT ET PROTOCOLES

■ Voir profil médicamenteux de la CLIC. Le cas échéant, numériser à la pharmacie et conserver dans le dossier médical.

IECA /ARA OU ARNI (Sacubitril/valsartan) ou autre vasodilatateur

Critères d'éligibilité pour remplacer l'IECA ou ARA par un ARNI : Patient avec FEVG \leq 40 % classe NYHA II ou III), traitement en cours avec un β -bloquant (sauf si intolérance/contre-indication).

Sélectionner la molécule et le dosage appropriés :

Patient déjà traité avec un IECA (risque d'angioedème si délai de 36 heures non respecté entre le début de l'Entresto^{MD} et l'arrêt de l'IECA)

1. Cesser IECA : _____
2. Convertir à un ARA à dose équivalente afin de maintenir la thérapie de l'IC (voir tableau de transition, annexe 1)
 - **Valsartan** (Diovan^{MD}) _____ mg PO BID x 3 doses puis cesser
3. Débuter **Sacubitril/valsartan** (voir tableau de conversion, annexe 2)
 - **Sacubitril/valsartan** (Entresto^{MD}) : 24/26 mg 49/51 mg 97/103 mg PO BID Autre dose : _____

Patient déjà traité avec un ARA

- Cesser ARA : _____ Puis, débiter **sacubitril/valsartan** (Entresto^{MD}) (voir tableau de conversion annexe 2)
- **Sacubitril/valsartan** (Entresto^{MD}) : 24/26 mg 49/51 mg 97/103 mg PO BID Autre dose : _____

Poursuivre un traitement avec un ARNI

- **Sacubitril/valsartan** (Entresto^{MD}) : 24/26 mg 49/51 mg 97/103 mg PO BID Autre dose : _____

Initiation / poursuite d'un IECA / ARA par un patient non éligible actuellement à un ARNI

- Ramipril** (Altace^{MD}) _____ mg PO BID **Valsartan** (Diovan^{MD}) _____ mg PO BID
- Perindopril** (Coversyl^{MD}) _____ mg PO DIE **Candésartan** (Atacand^{MD}) _____ mg PO DIE
- Captopril** (Capoten^{MD}) _____ mg PO TID Autre : _____

Autres vasodilatateurs (Si FEVG \leq 40 % en cas de contre-indications aux options précédentes ou en ajout si patient d'origine Afro-Américain qui demeure NYHA III ou IV)

- **Hydralazine** (Apresoline^{MD}) _____ mg PO q 8 h **ET mononitrate d'isosorbide** (Imdur^{MD}) _____ mg PO DIE

Bêta-bloquants

Si FEVG \leq 40 % ou pour autre indication thérapeutique (Ex. : Fibrillation auriculaire) : _____

- Bisoprolol** (Monacor^{MD}) _____ mg PO _____ **Autres*** : _____
- Carvédilol** (Coreg^{MD}) _____ mg PO _____

*Notez que les autres β -bloquants ne sont pas reconnus pour le traitement de l'insuffisance cardiaque avec une FEVG réduite

Contre-indiqué; Raison : _____

Antagoniste des récepteurs minéralocorticoïdes (ARM)

- Spironolactone** (Aldactone^{MD}) _____ mg PO _____ (Si FEVG \leq 40 % ou FEVG préservé + 1 critère soit NT pro-BNP élevé ou hospitalisation < 1 an)
- Éplérénone** (Inspra^{MD}) _____ mg PO _____ (**Critères éligibilité** : FEVG \leq 40 % post infarctus récent OU \leq 35 % avec classe NYHA II et intolérance à la spironolactone)

Inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (iSGLT2) :

***Considérant le risque d'acidocétose euglycémique, débiter le traitement seulement chez un patient hémodynamiquement stable. Peut être utilisé chez un patient diabétique type 2 ou non diabétique

Critères d'éligibilité : FEVG \leq 40 %, traitement en cours depuis \geq 4 semaines avec ARA, IECA ou ARNI, traitement en cours avec un β -bloquant (sauf si intolérance/contre-indication), Classe NYHA II ou III. Remboursement RAMQ accepté si diabète mal contrôlé ou patient d'exception.

- Dapagliflozine** (Forxiga^{MD}) _____ mg PO DIE à débiter le _____ (dose recommandée : 10 mg) si DFGe \geq 25 mL/min/m²
- Empagliflozine** (Jardiance^{MD}) : _____ mg PO DIE à débiter le : _____ (dose recommandée : 10 mg) si ClCr DFGe \geq 20 mL/min/m²
- Continuer iSGLT-2 en cours : _____

Signature du prescripteur : _____

Date : _____ Heure : _____



**2.22 – ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE
ADMISSION POUR INSUFFISANCE CARDIAQUE**

Modulateur du nœud sinusal

Critères d'éligibilité : FEVG \leq 35 %, en rythme sinusal dont la FC au repos \geq 77 bpm malgré la prise d'un β -bloquant à la dose maximale tolérée chez un patient hospitalisé ou nécessitant une consultation (urgence, CLIC) depuis \leq 12 mois en raison d'une aggravation de son insuffisance cardiaque, traitement en cours depuis \geq 4 semaines avec ARA ou IECA

- Ivabradine** (Lancora^{MD}) _____ mg PO BID (*débuter à 2,5 mg si patient \geq 75 ans)

Diurétiques et potassium

- Furosémide** (Lasix^{MD}) PO _____ mg q _____ h ou _____ fois par jour
- Furosémide** (Lasix^{MD}) Bolus IV _____ mg q _____ h et cesser furosémide PO
- Furosémide** (Lasix^{MD}) 400 mg/100 mL de NaCl 0,9 % (vol. total = 140 mL pour 2,86 mg/mL) à perfuser à _____ mg/h et cesser furosémide PO
- Métolazone** (Zaroxolyn^{MD}) _____ mg PO _____, administrer 30 minutes avant le furosémide.
- Potassium** _____ mEq PO _____
- Cesser supplément potassium

Inotropes

- Dobutamine** (Dobutrex^{MD}) : 250 mg/250 mL D5 % à _____ mcg/kg/min. (Dose initiale recommandée 5 mcg/kg/min.)
- Milrinone** (Primacor^{MD}) :
- Bolus : 50 mcg/kg IV en 10 minutes (attention au risque d'hypotension)
- Perfusion : 0,25 mcg/kg/min (si insuffisance rénale) 0,375 mcg /kg/min _____ mcg /kg/min

Évaluation thromboprophylaxie et anticoagulation

- Dalteparine** (Fragmin^{MD}) 2 500 Unités SC DIE si poids < 40 kg
- Dalteparine** (Fragmin^{MD}) 5 000 Unités SC DIE si poids de 40 à 100 kg
- Dalteparine** (Fragmin^{MD}) 7 500 Unités SC DIE si poids > 100 kg
- Fondaparinux** (Arixtra) 2,5 mg S/C DIE (si allergie à l'héparine)
- Protocole **héparine** IV (protocole 3.19) avec bolus sans bolus
- Cesser anticoagulant oraux : _____ Débuter l'héparine le _____ à _____ h
- Poursuivre l'anticoagulant oral en cours : _____

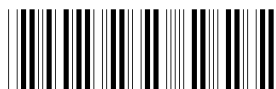
Ad mobilisation

Autres

- Protocole de **fer IV** à planifier en externe selon OPI 2.48.2
- Protocole **nitroglycérine** IV à débuter maintenant (protocole 3.12)
- Protocole **nitroglycérine** IV à débuter si DRS (protocole 3.12)
- Autres médicaments : Voir feuille d'ordonnance individuelle
- Cesser **Saxagliptine** (Onglyza) (non recommandé en IC)
- Cesser **Pioglitazone** (Actos) / **Rosiglitazone** (Avandia) (non recommandé en IC)

Signature du prescripteur : _____

Date : _____ Heure : _____



* I C M 3 0 0 *

2.22 – ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE ADMISSION POUR INSUFFISANCE CARDIAQUE

Annexe 1 : Tableau de transition d'un IECA vers un ARA[†]

IECA					ARA étudiés en IC		
Énalapril (Vasotec ^{MD})	Ramipril (Altace ^{MD})	Lisinopril (Zestril ^{MD}) (Prinivil ^{MD})	Périndopril (Cover syl ^{MD})	Trandolapril (Mavik ^{MD})	Valsartan (Diovan ^{MD})	Candésartan (Atacand ^{MD})	Losartan (Cozaar ^{MD})
2,5 mg BID	1,25 mg BID	5 mg DIE	2 mg DIE	0,5 mg DIE	40 mg BID	2-4 mg DIE	25 mg DIE
5 mg BID	2,5 mg BID	10 mg DIE	4 mg DIE	1 mg DIE	80 mg BID	8 mg DIE	50 mg DIE
10 mg BID	3.75 mg BID	20 mg DIE	6 mg DIE	2 mg DIE	120 mg BID	16 mg DIE	75 mg DIE
20 mg BID	5 mg BID	40 mg DIE	8 mg DIE	4 mg DIE	160 mg BID	32 mg DIE	100 mg DIE

Annexe 2 : Tableau de conversion d'un ARA vers le sacubitril/valsartan (Entresto^{MD})[†]

Valsartan (Diovan ^{MD})	Candésartan (Atacand ^{MD})	Losartan (Cozaar ^{MD})	Irbésartan (Avapro ^{MD})	Telmisartan (Micardis ^{MD})	Olmésartan (Olmotec ^{MD})	Entresto ^{MD} (Sacubril-Valsartan)
40 mg BID	2-4 mg DIE	25 mg DIE	75 mg DIE	20 mg DIE	10 mg DIE	24/26 mg BID
80 mg BID	8 mg DIE	50 mg DIE	150 mg DIE	40 mg DIE	20 mg DIE	
120 mg BID	16 mg DIE	75 mg DIE	225 mg DIE	60 mg DIE	30 mg DIE	49/51 mg BID*
160 mg BID	32 mg DIE	100 mg DIE	300 mg DIE	80 mg DIE	40 mg DIE	

[†] Doses possédant un effet similaire sur la tension artérielle. Ne représente pas les doses cibles à atteindre en insuffisance cardiaque.

*Pour les patients fragiles ou âgés, il est possible de débiter à la dose inférieure de 24/26 mg BID.