



2.61 Ordonnance médicale et pharmaceutique d'anticoagulothérapie

Indication : _____	CHADS ₂ : _____	INR cible	
Antécédents médicaux pertinents : _____	HAS-BLED : _____		2,0-3,0
			2,5-3,5
Date de début de l'anticoagulothérapie : _____	Lieu : _____	Autre	
Durée prévue : <input type="checkbox"/> long terme <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> autre : _____			
Prescripteur de l'anticoagulothérapie <i>en externe</i> : _____			

Coumadin^{MD} (Warfarine)	1 mg	2 mg	2,5 mg	3 mg	4 mg	5 mg	6 mg	10 mg	Poids : _____	kg	Date
Date :									Hb : _____	g/L	Date
Posologie habituelle :									Plaquettes : _____	X 10 ⁹ /L	Date
Posologie récente :	Si différente de posologie habituelle								Créatinine : _____	µmol/L	Date
									Cl Créatinine : _____	mL/min	Date

Suivi de l'INR	<input checked="" type="checkbox"/>	Pharmacie	<input checked="" type="checkbox"/>	Md famille (GMF)	<input checked="" type="checkbox"/>	CLSC
Prélèvement sang		Nom		Nom		Nom
Responsable de l'ajustement		Téléphone / +Télécopieur		Téléphone / Télécopieur		Téléphone / Télécopieur

Ordonnance durant l'hospitalisation							
Date :							
INR obtenu par le laboratoire							
INR obtenu par EBMD (CoaguChek ^{MD})							
Coumadin ^{MD} (Warfarine)							
Signature médecin							
Télécopiée/ numérisée par :							

Ordonnance au départ	Prescrire sauf exception la même teneur qu'à l'arrivée:	Qté : _____ Ren : _____ Teneur : _____ mg
Semaine 1 / date		
Posologie en comprimé		
Semaine 2 / date		
Posologie en comprimé		

À remplir par le prescripteur (à réviser si le poids change >15% ou ClCr < 30mL/min)	
Héparine de bas poids moléculaire (nom /posologie) :	} Si INR < _____
ou allergie à l'héparine : <input type="checkbox"/> Fondaparinux (posologie) : _____	

Signature du prescripteur : _____ Licence : _____ Date : _____

1. Prescription valide pour 1 an.
2. Nous vous recommandons d'ajuster l'INR selon le protocole de l'INESSS
3. Si problème d'ajustement ou impossibilité de rejoindre le médecin contacter les pharmaciens de l'ICM au 514 376-3330 poste 3510



2.61 Ordonnance médicale et pharmaceutique

d'anticoagulothérapie (verso)

CHADS₂ (risque thrombotique)

Faible (CHADS₂ 0-1-2) [<5 %/an]

Moyen (CHADS₂ 3 à 4) [5 à 10 %/an]

Élevé (CHADS₂ ≥ 5) [<10 %/an]

	Facteur de risque	Score
C	Insuffisance cardiaque	1
H	Hypertension	1
A	Âge ≥ 75 ans	1
D	Diabète	1
S ₂	Histoire d'AVC / ICT thromboembolique	2

CHA₂DS₂-VAS_c (risque thrombotique)

Le risque augmente avec le pointage

	Facteur de risque	Score
C	Insuffisance cardiaque	1
H	Hypertension	1
A	Âge ≥ 75 ans	2
D	Diabète	1
S ₂	Histoire d'AVC / ICT thromboembolique	2
V	Maladie vasculaire	1
A	Âge 65-74	1
Sc	Sexe féminin	1

HAS-BLED (risque hémorragique)

Faible (0-1)

Moyen (2)

Élevé (≥ 3)

	Facteur de risque	Score
H	HTA	1
A	Fonction rénale (1) et / ou hépatique (1) anormale (s)	1 ou 2
S	AVC	1
B	Saignement	1
L	INR labiles	1
E	Âge > 65 ans	1
D	Médicaments [ASA, AINS, Anti-plaquettaires, stéroïdes (1) / abus d'alcool (1)]	1 ou 2

Unité de soins :

- Original au dossier
- Copie pour le patient
- Faxer au 514 723-7796 si suivi à la CLAC-ICM