



**2.71- ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE  
PRÉ-PROCÉDURE CLINIQUE  
THÉRAPIE VALVULAIRE  
TRANSCATHÉTER (TVT)**

|                       |                                      |
|-----------------------|--------------------------------------|
| <b>Allergies :</b>    | _____                                |
| <b>Intolérances :</b> | _____                                |
| <b>Créatinine :</b>   | _____                                |
| <b>Poids :</b>        | <b>Date prévue de la procédure :</b> |
|                       |                                      |

- Si patient porteur SARM ou SASO :
  - Onguent mupirocin (*Bactroban<sup>MD</sup>*) BID x 5 jours dans les 2 narines à débiter le : \_\_\_\_\_
  - Chlorexidine gluconate 2 % en lingettes ou Chlorexidine gluconate 4 % si douche pour hygiène de la peau DIE x 5 jours
- Chlorexidine gluconate 4 % pour douche la veille de l'intervention
- Allergie aux produits de contraste (Servir les 2 premières doses, la 3<sup>e</sup> dose sera servi à l'ICM au besoin) :
  - Prednisone 50 mg PO x 1 la veille de la procédure au coucher (1<sup>ère</sup> dose)
  - Prednisone 50 mg PO x 1 à 6 h le matin de la procédure (2<sup>e</sup> dose)
  - Si l'examen est en après-midi, répéter prednisone 50 mg PO à midi

**Antiplaquettaires :**

- Cesser **clopidogrel** (*Plavix<sup>MD</sup>*) le : \_\_\_\_\_
- Cesser **ticagrelor** (*Brilinta<sup>MD</sup>*) le : \_\_\_\_\_
- Cesser **prasugrel** (*Effient<sup>MD</sup>*) le : \_\_\_\_\_

**Anticoagulants**

- Cesser warfarine (*Coumadin<sup>MD</sup>*) le : \_\_\_\_\_
  - Pas de **daltéparine** (*Fragmin<sup>MD</sup>*)
  - Daltéparine** (*Fragmin<sup>MD</sup>*) \_\_\_\_\_ Unités SC DIE (200 Unités/Kg) à débiter le : \_\_\_\_\_ jusqu'au \_\_\_\_\_ inclusivement

**Anticoagulants Oraux Directs (AOD)**

- Cesser **apixaban** (*Eliquis<sup>MD</sup>*) le : \_\_\_\_\_
- Cesser **dabigatran** (*Pradaxa<sup>MD</sup>*) le : \_\_\_\_\_
- Cesser **rivaroxaban** (*Xarelto<sup>MD</sup>*) le : \_\_\_\_\_
- Cesser **edoxaban** (*Lixiana<sup>MD</sup>*) le : \_\_\_\_\_

**Médicaments cardiovasculaires**

Suspendre  IECA  ARA  ARNI (*Entresto<sup>MD</sup>*) \_\_\_\_\_ la veille au coucher et le matin de l'intervention

Note au médecin : risque d'hypotension réfractaire si usage concomitant avec des agents anesthésiants

Autre(s) médicament(s) à cesser : \_\_\_\_\_

Date de l'arrêt : \_\_\_\_\_

|                                   |              |
|-----------------------------------|--------------|
| Signature du prescripteur : _____ | Date : _____ |
| N° de permis : _____              |              |