

**Formulaire de transfert - Anticoagulothérapie - warfarine****Médecin traitant ou IPS**

Nom :

Tél. :

Télec. :

No permis :

**Patient**

Nom :

DDN :

Téléphone :

**Informations pertinentes**Indication : \_\_\_\_\_ Durée : ☐ À vie ☐ \_\_\_\_ mois ☐ ad \_\_\_\_\_☐ Patient avisé du transfertCible : ☐ 2,0 à 3,0 ☐ 2,5 à 3,5 ☐ Autre : \_\_\_\_\_

ATCD médicaux pertinents : \_\_\_\_\_

Score CHADS<sub>2</sub> (si FA) : \_\_\_\_\_ Score HAS-BLED : \_\_\_\_\_

Dose actuelle : \_\_\_\_\_ Prochain RNI prévu : \_\_\_\_\_

Joindre un résumé des derniers RNI et doses de warfarine.

**Score CHADS<sub>2</sub> (si FA)**

Facteurs de risque thromboembolique	Points
Âge > 75 ans (1 pt)	
HTA (1 pt)	
Diabète (1 pt)	
Insuffisance cardiaque (1 pt)	
AVC ou ICT/AIT (2 pts)	
Total	/6

**Équipe traitante et quand la contacter**

Nom du professionnel à contacter : \_\_\_\_\_

Licence : \_\_\_\_\_ Coordonnées : \_\_\_\_\_

Soins à domicile (si pertinent) : \_\_\_\_\_

**Raison de contacter :**☐ RNI hors des valeurs limites définies dans le protocole médical de l'INESSS (ex:  $\leq 1,79$  ou  $\geq 5,0$  pour RNI 2 à 3)☐ Autres valeurs (précisez) : \_\_\_\_\_☐ Examen ou chirurgie requérant arrêt de la warfarine☐ Inobservance importante☐ Signes ou symptômes de saignement mineur persistant, saignement majeur ou thromboembolie☐ Autre : \_\_\_\_\_**Score HAS-BLED**

Facteurs de risque de saignement	1 point
Hypertension (systolique > 160mmHg)	
Anomalie de la fonction rénale (dialyse chronique, greffé rénal, créatinine $\geq 200$ $\mu\text{mol/l}$ )	
Anomalie de la fonction hépatique (cirrhose, bilirubine > 2x LSN, AST/ALT > 3x LSN)	
Antécédent d'AVC	
Histoire ou prédisposition aux saignements (coagulopathie, atcd de saignement nécessitant hospitalisation)	
RNI labile ou instable (< 60% dans l'intervalle)	
Âge > 65 ans	
Prise d'AINS ou antiplaquettaire	
Abus d'alcool	
Total	/9

**Utilisation d'une HFPM (à considérer pour patient avec risque thromboembolique élevé)**Exemples risque élevé : CHADS<sub>2</sub>  $\geq 4$ , FA valvulaire, AVC/ICT/EP/TEC < 3 mois, thrombus intracavitaire, événement lors arrêt antérieur warfarine.☐ Non, contacter le médecin du patient☐ Non, contacter l'infirmière du patient☐ Oui, débuter HFPM lorsque RNI < \_\_\_\_\_ et continuer ad 2 RNI thérapeutiques.**Prescription HFPM (doses pour IMC < 40 kg/m<sup>2</sup> et ClCr (CG) > 30ml/min)**☐ Daltéparine (Fragmin) 200 U/Kg SC die ☐ Enoxaparine (Lovenox) 1,5mg/Kg SC die (ou 1mg/kg BID)☐ Tinzaparine (Innohep) 175 U/Kg SC die ☐ Autre : \_\_\_\_\_

Poids du patient : \_\_\_\_\_ ClCr (CG) : \_\_\_\_\_

**Période de validité de l'ordonnance**☐ 1 an☐ 2 ans☐ 5 ans☐ Veuillez aviser le prescripteur à la fin de cette validité

Nom du pharmacien : \_\_\_\_\_ Licence : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Nom de la pharmacie : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Professionnel effectuant le transfert : \_\_\_\_\_ Licence : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

**Formulaire de désanticoagulation lors d'un examen (ex: colonoscopie)****Conduite à tenir pour l'ajustement de la warfarine en prévision d'un examen ou d'une chirurgie.****Médecin traitant ou IPS**

Nom : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Téléc. : \_\_\_\_\_

No permis : \_\_\_\_\_

**Patient**

Nom : \_\_\_\_\_

DDN : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**Procédure**

Type de procédure : \_\_\_\_\_ Date du RDV : \_\_\_\_\_

Risque de saignement de la procédure : ☐ Très faible ☐ Faible ☐ Modéré ☐ ÉlevéRéférence utilisée : ☐ Guide du CHUM ☐ Guide de IUCPQ ☐ Algorithme de Thrombose Canada**Risque thromboembolique du patient** ☐ Faible ☐ Modéré ☐ Élevé

Raison de l'anticoagulation du patient : \_\_\_\_\_

RNI cible : \_\_\_\_\_ Dose actuelle warfarine : \_\_\_\_\_

Valeur dernier RNI : \_\_\_\_\_ en date du \_\_\_\_\_

**Arrêt warfarine**☐ Aucun arrêt de la warfarine requis (risque de saignement très faible)☐ Arrêt requis. Suspendre la warfarine à partir de J-5, donc la dernière journée de prise sera le \_\_\_\_\_**Utilisation d'un pont d'héparine de faible poids moléculaire**☐ Non requise car risque thromboembolique du patient est faible à modéré☐ Ce patient devrait être évalué en spécialité car : \_\_\_\_\_☐ Recommandée car risque thromboembolique élevé, raison : \_\_\_\_\_Choix de HFPM (pour IMC < 40 kg/m<sup>2</sup> ou ClCr > 30ml/min): \_\_\_\_\_ Poids du patient : \_\_\_\_\_☐ Daltéparine (Fragmin) 200 U/Kg SC die ☐ Enoxaparine (Lovenox) 1,5mg/Kg SC die (ou 1mg/kg BID)☐ Tinzaparine (Innohep) 175 U/Kg SC die ☐ Autre : \_\_\_\_\_**Donner la pleine dose, soit \_\_\_\_\_ à J-3 et J-2. Donner ½ dose, soit \_\_\_\_\_ à J-1.****Reprendre à pleine dose à J+1 et jusqu'à 2 résultats de RNI thérapeutiques.**☐ Ceci est une prescription valide pour \_\_\_\_\_**Reprise**☐ **Risque de saignement faible à modéré**: reprendre le soir du jour 0. Utiliser une dose de charge (1,5x la dose), soit \_\_\_\_\_ mg aux jours 1 et 2 puis dose habituelle. Le RNI sera fait au jour 3 ou 4, soit \_\_\_\_\_, puis aux 2 à 3 jours au besoin.☐ **Risque de saignement élevé**: reprendre à J+2. Utiliser une dose de charge (1,5x la dose), soit \_\_\_\_\_ mg aux jours 2 et 3 puis dose habituelle. Le RNI sera fait au jour 4, soit le \_\_\_\_\_, puis aux 2 à 3 jours au besoin.**Qui assurera le suivi du patient jusqu'à son retour à un RNI stable**☐ Pharmacien communautaire☐ Infirmière GMF☐ Pharmacien GMF☐ Médecin

En cas d'urgence, contactez \_\_\_\_\_ au tél : \_\_\_\_\_

Nom du pharmacien : \_\_\_\_\_ Licence : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Nom de la pharmacie : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Prescripteur : \_\_\_\_\_ Licence : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_