

Rencontre initiale - Anticoagulothérapie - warfarine

Médecin traitant ou IPS	Patient
Nom : _____	Nom : _____
Tél. : _____	DDN : _____
No permis : _____	Téléphone : _____

Anticoagulothérapie

Indication de l'anticoagulation : _____
 Taille : _____ Poids : _____ Cr : _____ eDFG ajusté à la SC : _____ Clcr (CG) : _____
 Habitudes de vie (Tabac, ROH, drogues) : _____
 Médication (MVL, PSN, Rx) : _____
 Durée de l'anticoagulation : À vie ____ mois. ad _____
 RNI thérapeutique visé : 2,0 à 3,0 2,5 à 3,5 Autre : _____
 Score CHADS2 (si FA) : _____ Score Has-Bled : _____

Historique

Date d'initiation : _____ Traitement(s) antérieur(s) : _____
 ATCD pertinents : _____ Contre-indication au AOD : _____
 Autres tx concomitant pertinent (antiplaquettaires) : _____
 Enseignement des MNP déjà réalisé : Oui Non
 Patient était suivi jusqu'à maintenant par (MD, inf, ph) : _____

RNI

Dose actuelle : _____ Dernier RNI : _____ Date : _____
 Prochain RNI prévu : _____ Inscrit à l'agenda

Équipe traitante et quand la contacter

Nom du médecin : _____ Licence : _____
 Nom de l'infirmière GMF à contacter : _____
 Contacter : _____ au # tél _____
 Contacter lorsque : Autres valeurs : _____
 RNI hors des valeurs limites définies dans protocole de l'INESSS (ex: $\leq 1,79$ ou $\geq 5,0$ pour RNI 2 à 3)
 Examen ou chirurgie requérant arrêt de la warfarine Inobservance importante
 Signes ou symptômes de saignement mineur persistant, saignement majeur ou thromboembolie
 Autre : _____

Période de validité de l'ordonnance (moment auquel le prescripteur veut réévaluer le patient)

1 an 2 ans 5 ans Veuillez aviser le prescripteur à la fin de cette validité

Utilisation de HFPM (à considérer pour patient avec risque thromboembolique élevé)

Non, contacter prn : _____
 Oui, débuter _____ dose _____ lorsque RNI < _____ ad 2 RNI thérapeutiques
 Administration : Patient CLSC Soins à domicile Autre : _____



Rencontre avec patient

Patient en accord avec la prise en charge par la pharmacie : _____

Personne à contacter lors d'un changement : _____

Méthode d'obtention de du RNI

- Dispositif de prise de mesure à la pharmacie
- Prise de sang au CLSC ou hôpital ou laboratoire privé
- Prescrire une demande de laboratoire au nom du pharmacien valide pour 1 an
- Requête faxée aux soins à domicile au : _____
- Autre : _____

Feuilles remis

- Carnet (journal de bord) pour le suivi
- Alimentation et anticoagulothérapie (Vigilance)
- Information sur la warfarine (Thrombose Canada)
- Information sur la warfarine (Maisonneuve-Rosemont)

Enseignement réalisé

Anticoagulation

- Rôle des anticoagulants
- Raison de l'anticoagulation, RNI visé et durée prévue
- Importance d'aviser tous les professionnels de la santé de la prise d'un anticoagulant
- Importance de porter sur soi une carte ou un bracelet précisant la prise d'un anticoagulant

Médicaments anticoagulants

- Explication de la posologie
- Gestion des oubli
- Interactions avec les médicaments prescrits, MVL et PSN, apport alimentaire en vitamine K
- Conservation des médicaments
- Utilisation d'une contraception (femme en âge de procréer)

RNI

- Raison et importance des prélèvements sanguins pour les RNI
- Fonctionnement / horaire des prélèvements
- Comment utiliser le carnet d'anticoagulation

Effets indésirables

- Présentation des effets indésirables fréquents
- Gestion des effets indésirables
- Comment reconnaître les signes de saignement nécessitant une consultation médicale
- En cas de saignement externe mineur, application d'une pression pendant au moins 10 minutes au site de saignement
- Être vigilant en cas de traumatisme crânien car les symptômes peuvent apparaître à retardement, 12 à 48 heures après le traumatisme (si perte de connaissance, confusion, céphalée importante, vomissements, nausées ou troubles visuels, consultez immédiatement un médecin)

Habitudes de vie

- Recommandations par rapport aux habitudes de vie et informer le pharmacien des changements dans la consommation (arrêt-début, etc.) d'alcool ou de tabac, diète, travaux manuels dangereux, sports de contact, rasoir, brosse à dents, etc.

Nom du pharmacien : _____ Licence : _____ Date : _____



Suivi - Anticoagulothérapie - warfarine

Date : _____

Patient
Nom :
DDN :
Téléphone :

RNI résultat : _____ RNI cible : _____

Prélèvement sanguin du laboratoire CoaguCheck® ; Intervenant : _____

Autres valeurs

Fonction rénale	Créatinine : _____ umol/L CKD-EPI laboratoire : _____ ml/min/1,73 m ²	Estimation ClCr (CG) : _____ ml/min CKD-EPI ajusté à surface corporelle : _____ ml/min
FSC	Hb : _____ g/L	Plaquettes : _____ X10 ⁹ /L

Évaluation

Saignements et événements thromboemboliques

- Saignements (Nez, Bouche, Yeux, Autre) Oui Non
 Taches bleues ou noires sur la peau Oui Non
 Sang dans les urines ou urines foncées Oui Non
 Selles rouges ou noires Oui Non

Changements

- Oubli de dose Oui Non
 Nouveaux Pr, PSN, MVL Oui Non
 Changement de diète (légumes verts) Oui Non
 Exercice, tabac, alcool Oui Non
 Problèmes de santé (fièvre, diarrhée, ...) Oui Non
 Maladie, chute, ... Oui Non

Facteurs de variation identifié : temporaire persistant

Détails : _____

INR supra-thérapeutique ou sous-thérapeutique

Sous-thérapeutique

- Augmentation de l'exercice?
- Augmentation des légumes verts?
- Consommation régulière d'alcool?
- Initiation tabac?
- Sx thrombotiques/emboliques

Supra-thérapeutique

- Diminution de l'exercice?
- Diminution des légumes verts?
- Consommation alcool aiguë?
- Cessation prise régulière alcool?
- Cessation tabagique?
- Sx saignements

Plan

Dose actuelle : _____

Aucun ajustement nécessaire Changement

Dose de charge : Oui Non

Détails : _____

Nouvelle dose hebdomadaire : _____

	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Posologie antérieure							
Nouvelle posologie							

Ceci est une prescription, durée : _____

Prochain RNI

Date : _____ Patient informé : Oui Non Inscrit à l'agenda: Oui Non

Prélèvement au laboratoire CoaguCheck® Via CLSC CLSC faxé : Oui Non

Si médication servie par résidence, avisés : Oui Non

Nom du pharmacien : _____ Signature : _____ Licence : _____



Communication des suivis réalisés - Anticoagulothérapie - warfarine

Communication d'informations au médecin/IPS pour un patient sous warfarine dont les ajustements et le suivi sont pris en charge par le pharmacien communautaire

Médecin traitant ou IPS	Patient
Nom : _____	Nom : _____
Tél. : _____	DDN : _____
No permis : _____	Téléphone : _____

RAISON DE LA COMMUNICATION**1) Fin du suivi (pour information)**

Date de fin du suivi : _____

Raison : _____

2) Suivi de l'ajustement (aucune réponse attendue, pour votre information seulement)

Réalisé le : _____

RNI résultat : _____

RNI cible : _____

Dose actuelle: _____

Nouvelle dose : _____

Prochain RNI : _____

Présence d'effets indésirables : Non Oui : _____**3) Discussion d'une situation particulière (réponse requise)**

Description de la situation et demande du pharmacien :

Réponse du médecin ou IPS :

Nom du pharmacien : _____	Licence : _____	Date : _____
Signature : _____	Nom de la pharmacie : _____	
Téléphone : _____	Fax : _____	
Prescripteur : _____	Licence : _____	Date : _____
Signature : _____	Téléphone : _____	Fax : _____



Formulaire de demande de prescription d'HFPM

Médecin traitant ou IPS	Patient
Nom :	Nom :
Tél. : _____	DDN :
Téléc. : _____	Téléphone :
No permis : _____	

Bonjour Dr, nous sommes en charge de l'ajustement de la warfarine pour votre patient. Nous aimerais savoir si une prescription d'héparine de faible poids moléculaire devrait être conservée à son dossier et dans quelles situations elle devrait être débutée.

Utilisation d'héparine de faible poids moléculaire

Raison : Patient avec risque thromboembolique élevé, spécifier :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> CHADS ≥ 4 | <input type="checkbox"/> Événement lors d'arrêt antérieur warfarine |
| <input type="checkbox"/> FA valvulaire (valve métallique) | <input type="checkbox"/> Cardioversion moins de 6 semaines |
| <input type="checkbox"/> AVC/ICT/EP/TEV moins de 3 mois | <input type="checkbox"/> Thrombus intracavitaire connu |
| <input type="checkbox"/> Thrombophilies majeures avec événement (déficit C, S, antithrombine, antiphospholipides) | |
| <input type="checkbox"/> Plusieurs thrombophilies mineures avec événement (mutation facteur V Leiden, facteur II hétérozygote). | |

Réponse du prescripteur

- Je ne souhaite pas prescrire d'avance une HFPM, raison _____
- Oui, HFPM à débuter en cas de RNI < _____ ad 2 RNI thérapeutiques
- Daltéparine (Fragmin) 200 U/kg SC q 24 heures
 - Tinzaparine (Innohep) 175 U/kg SC q 24 hrs
 - Enoxaparine (Lovenox) 1,5 mg par kg SC q 24 hrs OU 1 mg/kg SC q 12 heures
 - Autre : _____

Ordonnance valide : 1 an 2 ans 5 ans ad : _____

Souhaitez-vous être informé lorsque le pharmacien doit servir l'HFPM (puisque cela signifie que le patient n'est pas contrôlé) : Oui Non

En toute collaboration,

Nom du pharmacien : _____	Licence : _____	Date : _____
Signature : _____	Nom de la pharmacie : _____	
Téléphone : _____	Fax : _____	
Prescripteur : _____	Licence : _____	Date : _____
Signature : _____	Téléphone : _____	Fax : _____



Formulaire de demande d'HFPM lors d'arrêt prévu (ex: colonoscopie)

Médecin traitant ou IPS	Patient
Nom :	Nom :
Tél. : _____ Téléc. : _____	DDN :
No permis :	Téléphone :

Bonjour Dr, nous sommes en charge de l'ajustement de la warfarine pour votre patient. Il aura une intervention requérant l'arrêt de la warfarine prochainement et nous souhaitons valider la conduite à tenir.

Procédure

Type de procédure : _____ Date du RDV : _____

Risque de saignement de la procédure : Très faible Faible Modéré Élevé

Référence 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/m² ou ClCr > 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 : _____

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.

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.

Réponse requise

Je vais évaluer moi-même le patient Je vais référer le patient en spécialité

Plan accepté tel quel Modification : _____

Nom du pharmacien : _____	Licence : _____	Date : _____
Signature : _____	Nom de la pharmacie : _____	
Téléphone : _____	Fax : _____	
Prescripteur : _____	Licence : _____	Date : _____
Signature : _____	Téléphone : _____	Fax : _____

