

Rencontre initiale - Anticoagulothérapie - warfarine

Médecin traitant ou IPS		Patient
Nom : _____		Nom : _____
Tél. : _____	Télec. : _____	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 (antiplaquettaire) : _____

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 : _____

Feuillets remis

- ☐ Carnet (journal de bord) pour le suivi ☐ Alimentation et anticoagulothérapie (Vigilance)
- ☐ Information sur la warfarine (Thrombose Canada) ☐ Information sur la warfarine (Maisonnette-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 oublis
- ☐ 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	Estimation ClCr (CG) : _____ ml/min
	CKD-EPI laboratoire : _____ ml/min/1,73 m ²	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☐ ChangementDose 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 ☐ NonInscrit à l'agenda : ☐ Oui ☐ Non☐ Prélèvement au laboratoire ☐ CoaguCheck® ☐ Via CLSC CLSC faxé : ☐ Oui ☐ NonSi 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. : _____ Téléc. : _____	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. : _____ Téléc. : _____	DDN : _____
No permis : _____	Téléphone : _____

Bonjour Dr, nous sommes en charge de l'ajustement de la warfarine pour votre patient. Nous aimerions 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 \geq 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**

Nom :

Tél. : Téléc. :

No permis :

Patient

Nom :

DDN :

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 ☐ 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/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 : _____

