

**Formulaire de transfert - Anticoagulothérapie - warfarine**

Médecin traitant ou IPS	Patient
Nom : _____	Nom : _____
Tél. : _____	DDN : _____
No permis : _____	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: ≤ 1,79 ou ≥ 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 : \_\_\_\_\_

**Utilisation d'une HFPM (à considérer pour patient avec risque thromboembolique élevé)**

Exemples risque élevé : CHADS ≥ 4, FA valvulaire, AVC/ICT/EP/TEC &lt; 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	Patient
Nom : _____	Nom : _____
Tél. : _____	DDN : _____
No permis : _____	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 HPM (pour IMC < 40 kg/m<sup>2</sup> ou ClCr > 30ml/min): Poids du patient : \_\_\_\_\_

- Dalteparine (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 : _____