



ORD. INDIVIDUELLE AJUSTEMENT ANTICOAGULANT ORAL

Date : _____ Poids : _____ kg Taille : _____ cm IMC : _____ SC : _____
aaaa/mm/jj

Allergies : _____ Intolérances : _____

À l'attention de la pharmacie communautaire : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Nom du pharmacien ayant accepté le transfert : _____

ANTICOAGULANT ORAL:

- warfarine (Coumadin^{MD})
 acénocoumarol (Sintrom^{MD})

INDICATION :

- Thrombose veineuse profonde
 Embolie pulmonaire
 Fibrillation auriculaire Flutter auriculaire
 Prothèse valvulaire **biologique** : aortique mitrale
 Prothèse valvulaire **mécanique** : aortique mitrale
 Sténose mitrale modérée à sévère
 Thrombus cardiaque / akinésie apicale
 Embolies systémiques récurrentes
 Thrombophilie: _____
 Autre: _____

RNI VISÉ*** :

- 2 à 3
 2,5 à 3,5
 Autre: _____

Justification si autre valeur RNI visée: _____

***Ajustement selon le protocole médical national
d'anticoagulothérapie de l'INESSS.

DURÉE DE TRAITEMENT :

- 3 mois 6 mois 12 mois Long terme Autre: _____

FIN DE TRAITEMENT :

- Cesser après la durée prévue
 Relais anticoagulant oral direct (AOD) après la durée prévue
 À réévaluer par: Médecin de famille Médecin référent Cardiologue Interniste Autre: _____

FACTEURS DE RISQUE :

- Risque thrombotique: élevé modéré faible Si FA, CHADS₂: _____
Risque hémorragique: élevé modéré faible HAS-BLED: _____

LIEU DE PRÉLÈVEMENT :

- CLSC À DOMICILE (aviser l'infirmière de liaison ou pivot de l'urgence)
 AMBULATOIRE
 Suivi RNI peut être fait par coagulomètre portable avec bandelettes réactives

Nom :

Prénom :

Dossier :

INFORMATIONS :

► Début de traitement le : _____ / _____ / _____
aaaa mm jj

► Dose actuelle d'anticoagulant : _____ ► Date du prochain RNI : _____ / _____ / _____
aaaa mm jj

► **Héparine de faible poids moléculaire (HFPM) en cours :**

non requis requis - voir ordonnances de départ auto-administration

► Historique des doses reçues :

Voir sommaire des doses antérieures et RNI (*feuille de suivi anticoagulothérapie faxée*)

Ou selon historique suivant :

Date							
RNI							
Dose (mg)							

CONDUITE EN CAS DE RNI SOUS-THÉRAPEUTIQUE

Débuter ou redébuter HFPM lorsque RNI est :**

plus petit que 1,5 plus petit ou égal à 1,69 plus petit ou égal à 2,0 plus petit ou égal à 2,19 jamais
 plus petit ou égal à 1,8 dans les 30 jours suivant un événement thromboembolique (EP/TPP)
 autre: _____

et cesser lorsque RNI thérapeutique

Contre-indications : plaquettes inférieures à 100, hémorragie cérébrale récente (moins de 3 mois) saignement significatif (moins de 1 mois)

Fonction rénale:

DFGe : _____ ml/min/1,73 m² DFGe **ajusté** : _____ ml/min [DFGe /1.73 m² x surface corporelle (m²)]
► Si DFGe ajusté inférieur à 30 ml/min ou poids supérieur à 100 kg ► Voir recommandations de dosages d'HFPM à l'annexe A

Choix d'HFPM :

► Ordonnance d'héparine sélectionnée valide 2 ans suite à la rédaction de cette ordonnance

► Toujours favoriser l'utilisation de seringues pré-remplies d'HFPM : se référer aux substitutions automatiques approuvées par le comité de pharmacologie du CISSS de Lanaudière sur le site web du CISSS

Daltéparine (Fragmin^{MD}) 200 unités/kg SC die ou 100 unités/kg SC bid
 Énoxaparine (Lovenox^{MD}) 1,5 mg/kg SC die ou 1 mg/kg SC bid
 Tinzaparine (Innohep^{MD}) 175 unité/kg SC die
 Autre: _____

Si thrombocytopenie induite à l'héparine (TIH) ou antécédent de TIH:

Fondaparinux (Arixtra^{MD}) Moins de 50 kg: 5 mg SC die
 50 à 100 kg : 7,5 mg SC die
 Plus de 100 kg: 10 mg SC die

La prise en charge subséquente sera assurée par le médecin de famille

L'usager n'a pas de médecin de famille, je demeure le médecin **RÉPONDANT** jusqu'à l'obtention d'un médecin de famille
► **IMPORTANT:** la section "**EN COURS DE SUIVI**" à la page suivante doit **OBLIGATOIREMENT** être complétée (page 3/4)

Nom du médecin RÉFÉRENT _____ N° de permis : _____
En lettres moulées

Signature : _____ Date / heure: _____
aaaa/mm/jj hh : mm

Télécopié heure : ____ : ____ Initiales : _____

Sommaire des doses antérieures et résultats de RNI télécopié (Feuille de suivi anticoagulothérapie orale)

Si l'ordonnance a été envoyée par télécopieur, l'original doit être déposé au dossier médical



ORD. INDIVIDUELLE AJUSTEMENT ANTICOAGULANT ORAL

EN COURS DE SUIVI: Ajustement selon protocole médical INESSS (cette ordonnance est valide 2 ans)

SI CETTE SECTION EST INCOMPLÈTE, LE PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE DOIT LA FAIRE COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN DE FAMILLE (télécopier l'OIA au complet)

► **CONDUITE EN CAS DE RNI SUPRA-THÉRAPEUTIQUE (WARFARINE SEULEMENT)**

RNI visé 2 à 3:

- Si RNI 5,0 à 7,0 et pas de saignement: omettre la dose x 2 jours, pas de vitamine K, RNI dans 24-48 heures
- Si RNI 5,0 à 7,0 et saignement non significatif: omettre la dose x 2 jours et administrer Vitamine K 1 mg PO x 1 dose, RNI dans 24-48 heures

RNI visé 2,5 à 3,5:

- Si RNI 5,4 à 7,0 et pas de saignement: omettre la dose x 2 jours, pas de vitamine K, RNI dans 24-48 heures
- Si RNI 5,4 à 7,0 et saignement non significatif: omettre la dose x 2 jours et administrer Vitamine K 0,5 à 1 mg PO x 1 dose, RNI dans 24-48 heures (favoriser dose de 0,5 mg pour une valve mitrale mécanique)

► **Diriger vers un milieu hospitalier pour une consultation d'urgence lorsque:**

- Symptômes ou signes de saignement majeur, de thromboembolie ou d'accident vasculaire cérébral (AVC)

► **Aviser le médecin RÉPONDANT lorsque :**

- Sous warfarine: RNI plus grand que 7,0
- Sous acénocoumarol: RNI plus grand ou égal à 5,0
- Présence de saignement persistant
- Instabilité persistante du RNI
- Apparition de contre-indication à l'usage de warfarine (ex : grossesse)
- Inobservance de la thérapie régulièrement notée
- Autre : _____
- En cas de survenue d'un de ces problèmes, veuillez contacter le médecin **RÉPONDANT** afin d'obtenir une réponse dans un délai rapproché selon l'urgence de la situation.

► **Aviser le médecin RÉPONDANT** par télécopieur du suivi de l'ajustement de l'anticoagulothérapie de ce patient:

- à chaque mois
- à chaque 3 mois
- à chaque 6 mois
- annuellement
- lorsque jugé pertinent

Nom du médecin RÉPONDANT: _____ N° de permis : _____
En lettres moulées

Signature : _____ Date / heure: _____
aaaa/mm/jj hh : mm

Médecin de famille: _____
Ou médecin assigné aux consultations sans rendez-vous ou IPS ou tout autre médecin présent sur place en son absence

Pour les usagers sans médecin de famille: rejoindre le spécialiste de garde en milieu hospitalier selon la spécialité du médecin référent : Téléphonistes : HPLG 450-654-7525 poste 21300 CHDL 450-759-8222 poste 0

- Interniste de garde à l'hospitalisation
- Cardiologue de garde pour l'urgence au CHDL- Cardiologue de garde au HPLG
- Neurologue de garde (**seulement si neurologue du CISSS de Lanaudière qui est de garde**)
- Néphrologue de garde pour l'unité de dialyse
- Hém.Oncologue de garde A au HPLG – de garde au CHDL

Télécopié heure : _____ : _____ Initiales : _____

Annexe A – Guide pour la gestion des RNI sous-thérapeutiques

Évaluation du RISQUE THROMBOEMBOLIQUE selon les comorbidités de l'utilisateur

RISQUE FAIBLE À MODÉRÉ	RISQUE ÉLEVÉ
<ul style="list-style-type: none"> Fibrillation auriculaire (FA) non valvulaire¹ SANS facteur de risque associé (score CHADS₂ à 3 ou moins) Valve bioprothétique de moins de 3 mois ACV, ICT ou embolie systémique (plus de 3 mois) TAVI ou RVA transapicale Thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire (plus de 3 mois) Thromboembolies veineuses récidivantes avec ou sans thrombophilie mineure Cancer actif (chimiothérapie systémique ou traitement terminé depuis moins de 6 mois ou traitement palliatif) 	<ul style="list-style-type: none"> Fibrillation auriculaire (FA) non valvulaire¹ AVEC facteur de risque associé (score CHADS₂ plus grand ou égal à 4) Fibrillation auriculaire valvulaire AVC, ICT ou embolie systémique récente (3 mois ou moins) Valve mécanique (aortique² ou mitrale) Thrombus intracavitaire connu Événement thrombotique lors d'un arrêt antérieur de la warfarine Cardioversion récente (moins de 6 semaines) Thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire récente (3 mois ou moins) Thrombophilies majeures³ ou plusieurs thrombophilies mineures⁴ avec événements Thrombocytopénie induite par l'héparine (HIT) récent (3 mois ou moins)

¹ FA non-valvulaire = ABSENCE de prothèse valvulaire mécanique ou de sténose mitrale modérée à sévère rhumatismale ou non.

² Selon l'évaluation d'un spécialiste, un usager porteur d'une valve aortique mécanique sans autre facteur de risque d'AVC pourrait se voir offrir un arrêt de l'anticoagulant sans pont avec une HFPM.

³ Thrombophilies majeures : déficit en protéine C ou S ou en antithrombine, anticorps antiphospholipides ou plusieurs thrombophilies

⁴ Thrombophilies mineurs : mutation du facteur V Leiden ou facteur II hétérozygote

Légende : AVC : accident vasculaire cérébral ICT : ischémie cérébrale transitoire
 RVA : remplacement valvulaire aortique TAVI : implantation valve aortique par voie percutanée
 CHADS : Score for Atrial Fibrillation stroke Risk (échelle de risque embolique)

Tableau reproduit avec l'autorisation du CRSP du CIUSSS de la Capitale Nationale

DOSAGE D'HFPM EN FONCTION DU DFGe AJUSTÉ* ET DU POIDS

► DFGe ajusté plus de 30 ml/min ET poids réel entre 35 et 99,9 kg:

Daltéparine (Fragmin^{MD}) 200 unités/kg SC die

Énoxaparine (Lovenox^{MD}) 1,5 mg/kg SC die

Tinzaparine (Innohep^{MD}) 175 unité/kg SC die

► DFGe ajusté plus de 30 ml/min ET poids réel de 100 kg et plus:

Considérer l'administration de doses biquotidiennes d'HFPM lorsque le poids est supérieur à 100 kg

La littérature supporte l'administration d'HFPM en fonction du poids réel jusqu'à un poids maximal de **150 kg**. Limiter les doses à 150 kg OU évaluer selon les risques individuels de saignements/thromboses. Prévoir un suivi des anti-Xa selon la durée de l'HFPM.

Daltéparine (Fragmin^{MD}) 100 unités/kg SC q 12h – max 15 000 unités SC q 12h

Énoxaparine (Lovenox^{MD}) 1 mg/kg SC q 12h – max 150 mg SC q 12h

► DFGe ajusté entre 20 et 30 ml/min ET poids réel entre 35 et 99.9 kg:

Avec précautions et si faible risque hémorragique, suivi activité anti-Xa non indiqué si durée de traitement inférieure à 5 jours ou faible risque de saignements.

Daltéparine (Fragmin^{MD}) 100 unités/kg SC q 12h

Énoxaparine (Lovenox^{MD}) 1 mg/kg SC die

Tinzaparine (Innohep^{MD}) 175 unité/kg SC die

► DFGe ajusté inférieur à 30 ml/min ET poids réel de 100 kg et plus:

Communiquer avec un spécialiste

► DFGe ajusté inférieur à 20 ml/min OU IRCT Hémodialysés

Prudence, balancer les risques/bénéfices: demander l'avis d'un spécialiste

* DFGe ajusté (ml/min): $DFGe/1.73 \text{ m}^2 \times \text{surface corporelle (m}^2\text{)}$

** La mesure de l'activité anti-Xa devrait être envisagée pour les populations suivantes qui reçoivent une HFPM : obésité (plus de 150 kg), insuffisance rénale, femme enceinte, patient de faible poids (moins de 45 kg), patient âgé (plus de 80 ans) ou en cas de suspicion de surdose d'HFPM. Se référer au « **Guide de l'usage optimal des héparines de faible poids moléculaire pour les patients obèses et les patients insuffisants rénaux** » de l'APES.