

ORDONNANCE INDIVIDUELLE (O.I.)

**OBJET : AJUSTEMENT DE
L'ANTICOAGULOTHÉRAPIE
EN CHSLD + URFI + HT**

CODE : O. I. 07

DÉFINITION : Ajustement des médicaments qui empêchent ou retardent la coagulation.

ACCEPTÉE PAR :

- Le Comité de pharmacologie le : 2008-10-29
- L'exécutif du CMDP le : 2009-01-22
- Le CII le : 2008-12-11

RÉVISÉE LE : 2010-12-01

INDICATIONS

- Thrombose veineuse
 Embolie pulmonaire
 Post infarctus et/ou insuffisance cardiaque
 AVC d'origine cardio-embolique
- Fibrillation auriculaire
 Valves cardiaques : - Type de valve _____
- Position de la valve _____
 Sténose, régurgitation ou calcification mitrale
 Autres : _____

RISQUES :

Risque thrombotique : Élevé Normal
Risque de saignement : Élevé Normal

Ordonnances et posologie

1) Posologie initiale Warfarine / Coumadin^{MC}

Dose Total/sem.	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg

Ajustement par le pharmacien de la warfarine selon l'ordonnance collective (O.C.P.5) et le protocole s'y rattachant (P.P.5), afin de maintenir le RIN dans un intervalle thérapeutique entre _____ et _____.

2) Transmission verbale de l'ajustement de la warfarine par le pharmacien au personnel infirmier, en précisant la date du prochain RIN et les informations pertinentes. Le prélèvement du RIN sera effectué par le personnel des soins infirmiers.

L'infirmier(ère) transcrira l'ordonnance verbale reçue par le pharmacien sur la feuille d'ordonnance du dossier de l'usager et la transmettra par télécopieur à la pharmacie comme toute autre ordonnance.

3) L'administration de la warfarine sera effectuée par l'infirmière.

4) Date et résultat des derniers RIN – Actuellement intervalle aux _____

Date									
Résultat									

5) Date du prochain RIN : _____. Par la suite, ils seront prévus par le pharmacien.

6) Durée de la prescription : _____ mois ou à vie.

M'aviser seulement pour le RIN Sous thérapeutique : précisez _____
 Supra thérapeutique : précisez _____

En cas de RIN supra-thérapeutique, j'accepte l'application du protocole de vitamine K inclus au protocole P.P. 5.

En cas de RIN sous-thérapeutique inférieur à _____, j'accepte l'application du protocole de dalteparine/Fragmin^{MC} inclus au protocole P.P.5.

Signature du médecin : _____

Date : _____