Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Québec

SM03131

HOPITAL06C

ORDONNANCE MÉDICALE

☒ **Hôpital** ☐ **Hébergement** ☐ **Réadaptation** ☐ **1re ligne**

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergie (s) : _____ Aucune connue : ☐ Réactions indésirables aux médicaments : _____

ACCUEIL CLINIQUE – THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE – 1re LIGNE 1/2

☐ La personne référée répond aux critères d'admissibilité de l'Accueil Clinique et ne présente aucune des contre-indications spécifiques à la condition clinique visée *(voir verso)*

MÉDICATION

☐ Rivaroxaban 15 mg PO BID x 15 jours (Code d'exception : CV 157)

☐ Apixaban 10 mg PO BID x 7 jours puis 5 mg po BID x 7 jours (Code d'exception : CV 169)

☐ Tinzaparine 175 unités/kg/jour, soit _____ unités SC DIE x 15 jours

☐ Énoxaparine 1,5 mg/kg SC DIE, soit _____ mg x 15 jours

OU 1 mg/kg SC BID, soit _____ mg x 15 jours**

***Option à privilégier pour le traitement initial de TVP chez les personnes de 16 et 17 ans **ou** dont l'IMC est > 40*

Si anticoagulant non prescrit, spécifier la raison: _____

LABORATOIRES ET EXAMENS DIAGNOSTIQUES

☒ FSC, coagulogramme, ALT, ALP, créatinine, DFGe, β-hCG (si en âge de procréer)
☐ D-Dimères
☒ Doppler veineux

Si doppler négatif :

☒ Congé + référence au médecin ou à l'IPS référent.e
☐ Diagnostic alternatif de cellulite *(cesser anticoagulothérapie, si applicable)*
☐ Débuter antibiothérapie : _____ PO _____ x _____ jours

Si doppler positif :

☒ Consultation en médecine interne ≤ 10 jours

Nom du médecin référent (en lettres moulées) : _____ **N° permis :** _____
Signature : _____ **Date :** _____ **Heure :** _____
No. de téléphone de la clinique : _____
TÉLÉCOPIEUR DE L'ACCUEIL CLINIQUE : HND : 514-362-2829 **HV :** 514-765-8529

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Québec

SM03131

HOPITAL06C

ORDONNANCE MÉDICALE

Critères d'exclusion

- ☐ Signe et/ou symptôme d'embolie pulmonaire
- ☐ Condition clinique instable et/ou signes vitaux perturbés
- ☐ Membre atteint froid, pâle, accompagné de paresthésie, ou pouls périphérique non palpable
- ☐ Douleur rétrosternale

Critères généraux d'admissibilité

- ☐ L'usager.ère nécessite une prise en charge dans un délai d'au plus 72h, sans qu'une hospitalisation ou un temps d'observation sur civière ne soit requis.
- ☐ L'usager.ère est âgé.e de 16 ans ou plus **et** n'est pas enceinte.
- ☐ La condition clinique est stable.
- ☐ L'usager.ère peut se déplacer seul.e, ou est accompagné.e pour assurer ses déplacements.
- ☐ L'usager.ère ne présente pas une problématique de santé mentale instable ou un trouble cognitif non compensé par un réseau de soutien significatif.

Nom du médecin référent (en lettres moulées) : _____ **N° permis :** _____

Signature : _____ **Date :** _____ **Heure :** _____

No. de téléphone de la clinique : _____

TÉLÉCOPIEUR DE L'ACCUEIL CLINIQUE : HND : 514-362-2829 **HV :** 514-765-8529

Entérinée par l'exécutif du CMDP du CIUSSS le 12 décembre 2024