



SM03133



HOPITAL06C

ORDONNANCE MÉDICALE

Hôpital Hébergement Réadaptation 1^{re} ligne

Poids : _____ kg Taille : _____ cm Allergie (s) : _____ Aucune connue :
Réactions indésirables aux médicaments : _____

ACCUEIL CLINIQUE - THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE - URGENCE

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*)

Localisation de la thrombose veineuse profonde suspectée : _____

MÉDICATION (*compléter l'ordonnance externe*)

Anticoagulothérapie (*1^{re} dose à administrer à l'urgence*)

Rivaroxaban

Tinzaparine

Apixaban

Énoxaparine

Si aucun anticoagulant prescrit, spécifier la raison : _____

EXAMENS DIAGNOSTIQUES

Doppler veineux (*à faire via l'Accueil Clinique*)

Si doppler négatif :

Cesser anticoagulothérapie

Congé

Référer à 1^{re} ligne

Diagnostic alternatif de cellulite :

Céfadroxil 500 mg po BID x 5 jours **OU**

_____ x _____ jours

Si doppler positif :

Poursuivre l'anticoagulothérapie

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



SM03133



HOPITAL06C

ORDONNANCE MÉDICALE

ACCUEIL CLINIQUE - THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE – URGENCE

2/2

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'utilisateur 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'utilisateur est âgé.e de 16 ans ou plus **et** n'est pas enceinte.
- La condition clinique est stable.
- L'utilisateur peut se déplacer seul.e, ou est accompagné.e pour assurer ses déplacements.
- L'utilisateur 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