

Nom : _____

Prénom : _____

RAMQ : _____

GUIDE DE PRESCRIPTION -MÉD.INT.-1 THROMBOPHLÉBITE D'UN MEMBRE INFÉRIEUR

Poids : _____

DFGe : _____

Contre-indications aux anticoagulants :

- Saignement actif
- Coagulopathie- Ulcus peptique < 3 mois
- Hémorragie intracrânienne ou intraoculaire ≤ 3 mois-Plaquettes < 50 X 10⁹ / L
- HTA non contrôlée (PAS > 180 mmHg ou PAD > 110 mmHg)
- Ponction lombaire ou procédure péridurale < 24 h

- Rivaroxaban (Xarelto®) 15 mg P.O. 1 comprimé BID (avec des aliments) pour _____ jour(s)
(Code médicament d'exception RAMQ : CV 157)
- Apixaban (Eliquis®) 5 mg P.O. 2 comprimés BID pour _____ jour(s)
(Code médicament d'exception RAMQ : CV 169)

**OU Si contre-indications au Rivaroxaban (Xarelto®) et Apixaban (Eliquis®) i.e. : Grossesse –VIH
Prise de : Kétonazole – Dilantin – Tégroétol – Phénobarbital – Rifampin – Millepertuis**

- Tinzaparine (Innohep®) _____ unités sous-cutanés (175 unités/kg/jour) pour _____ jour(s)
Arrondir au plus proche format de seringue pré-remplie offert.
- Énoxazaparine (Lovenox®) _____ unités sous-cutanés (1,5 mg/kg/jour) **OU** 1 mg/kg BID
si poids >100 kg **Arrondir au plus proche format de seringue pré-remplie offert.**

- Analgésique PRN : _____

IMPORTANT : SI LE (LA) PATIENT(E) DOIT RECEVOIR UNE 1^{ère} DOSE D'HFPM EN DEHORS DES HEURES D'OUVERTURE DE L'ACCUEIL CLINIQUE, VEUILLEZ FAIRE UNE COPIE DE CETTE ORDONNANCE POUR LE (LA) PATIENT(E) ET LE (LA) DIRIGER VERS LES SOINS COURANTS DU CLSC LE PLUS PRÈS.

Nom et prénom du médecin

Signature du médecin

No permis

Date