



No de dossier :

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

No de téléphone :

INFILTRATION FORAMINALE LOMBAIRE NEUROCHIRURGIE

Médecin référent : _____

Permis : _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____

MÉDECIN RÉFÉRENT

Renseignements cliniques : _____

Diagnostic : _____

Intervention demandée (voir la section « Indications » au verso) :

Foraminale lombaire Niveaux : _____ Côté : Droit Gauche

Note : Limite d'un seul côté à la fois si plus de deux infiltrations. Maximum trois infiltrations par séance.

Priorité : B (14 jours) C (28 jours) D (90 jours) E (6 mois)

Anticoagulants (AC) : Non Oui _____
Cesser _____ jours avant procédure (voir verso)

Antiplaquettaires (AP) : Non Oui _____
Cesser _____ jours avant procédure (voir verso)

Résultat d'imagerie : IRM SCAN (joindre les résultats)

Allergie iode : Non Oui _____

Médecin référent : _____ Signature: _____ N° permis: _____ Date: _____
Lettres moulées aaaa/mm/jj

CONSENTEMENT DE L'USAGER

En signant ce document, je comprends que je serai inscrit sur la liste d'accès afin d'obtenir l'intervention demandée dans la section « Médecin référent ».

Signature de l'utilisateur ou son représentant légal : _____

Témoin à la signature : _____ Date (aaaa/mm/jj): _____

SECTION RÉSERVÉE
BLOC EXTERNE

Signature de la personne autorisée à traiter la demande : _____

Date de réception de la demande à l'établissement (aaaa/mm/jj) : _____

Date d'intervention à communiquer à l'utilisateur (aaaa/mm/jj) : _____

OBSERVATIONS INFIRMIÈRES :

Heure de départ: _____ Signature : _____

Nom :



Site :
Dossier:

INDICATIONS :

Douleur radiculaire aux membres inférieurs causée par une hernie discale compressive, une sténose foraminale modérée à sévère ou une sténose spinale lombaire dont le symptôme est une douleur radiculaire bien délimitée.

GUIDE DES ORDONNANCES POUR L'ARRÊT DES ANTICOAGULANTS (AC)/ANTIPLAQUETTAIRES (AP) AVANT LA PROCÉDURE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ASA (Aspirin ^{MD})..... | Arrêt non nécessaire |
| <input type="checkbox"/> AINS/CELECOXIB (Célébrex ^{MD})..... | Arrêt non nécessaire |
| <input type="checkbox"/> APIXABAN (Eliquis ^{MD}) | 3 jours ^{1, 3} |
| <input type="checkbox"/> RIVAROXABAN (Xarelto ^{MD}) | 3 jours ^{1, 3} |
| <input type="checkbox"/> EDOXABAN (Lixiana ^{MD}) | 3 jours ^{1, 3} |
| <input type="checkbox"/> DABIGATRAN (Praxada ^{MD})..... | 4 jours ^{1, 2} |
| <input type="checkbox"/> HÉPARINE IV OU PROPHYLACTIQUE S/C | 6 heures |
| <input type="checkbox"/> ENOXAPARINE PROPHYLACTIQUE
(Lovenox ^{MD} , Elonox ^{MD} , Inclunox ^{MD} , Redesca ^{MD} , Noromby ^{MD})..... | 12 heures ³ |
| <input type="checkbox"/> ENOXAPARINE (Lovenox ^{MD} , Elonox ^{MD} , Inclunox ^{MD} , Redesca ^{MD} , Noromby ^{MD}) THÉRAPEUTIQUE ... | 24 heures ³ |
| <input type="checkbox"/> DALTÉPARINE (Fragmin ^{MD})..... | 24 heures ³ |
| <input type="checkbox"/> TINZAPARINE (Innohep ^{MD})..... | 24 heures ³ |
| <input type="checkbox"/> FONDAPARINUX (Arixtra ^{MD}) PROPHYLACTIQUE (2,5 mg/jour) | 36 heures ² |
| <input type="checkbox"/> FONDAPARINUX (Arixtra ^{MD}) THÉRAPEUTIQUE (plus de 2,5 mg/jour) | CONSULTATION
médecine interne pour gestion de l'interruption de cet anticoagulant |
| <input type="checkbox"/> CLOPIDOGREL (Plavix ^{MD}) | 7 jours ⁴ |
| <input type="checkbox"/> PRASUGREL (Effient ^{MD}) | 7 jours ⁴ |
| <input type="checkbox"/> TICAGRELOR (Brilinta ^{MD})..... | 5 jours ⁴ |
| <input type="checkbox"/> WARFARINE (Coumadin ^{MD}) (si valve mécanique ou patient à haut risque avec
évènement thrombotique récent de moins d'un mois : évaluation en médecine
interne téléphonique, en présentiel ou en conseil numérique) | 5 jours |

¹ Exemple : Apixaban ne pas prendre 3 jours avant procédure. Le dernier jour de prise de l'Apixaban est le jour -4. **Le jour de l'intervention est le Jour 0**

² Si clairance à la créatinine inférieure à 50 mL/min, référer à un spécialiste pour ajustement de l'arrêt.

³ Si clairance à la créatinine inférieure à 30 ml/min, référer à un spécialiste pour ajustement de l'arrêt.

⁴ Si ces antiplaquettaires ont été débutés post implantation d'un tuteur cardiaque, référer au cardiologue pour la décision d'interrompre l'antiplaquettaire. Si ces antiplaquettaires ont été débutés dans le cadre d'une intervention pour maladie vasculaire (ex. : endogreffes vasculaires, chirurgie vasculaire, endoprothèses vasculaires), **se référer au chirurgien cardiovasculaire et thoracique (CCVT) avant d'interrompre l'antiplaquettaire.**

Médecin référent : _____ Signature: _____ N° permis: _____ Date: _____
Lettres moulées aaaa/mm/jj

⇒ **Télécopier la demande à la chirurgie d'un jour de l'hôpital de Jonquière : 418 695-7023**

⇒ **IMPORTANT** : Compléter toutes les sections, excepté celle « réservée bloc externe ». **Une demande incomplète sera retournée à l'expéditeur.**