



FORMULAIRE DE LIAISON À L'ATTENTION DU PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE

PROVENANCE : ACCUEIL CLINIQUE DE CHICOUTIMI

Télécopieur : 418 541-0249

Poursuite ou cessation de l'anticoagulant dans le traitement de la thrombose veineuse profonde (TVP)

IDENTIFICATION DE LA PHARMACIE COMMUNAUTAIRE DE L'USAGER

Pharmacie communautaire : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Résultat du doppler : POSITIF (TVP ou TVS nécessitant un traitement) NÉGATIF (Absence de TVP ou TVS non significative)

Autre diagnostic :

Usager avisé par l'infirmière de l'accueil clinique que la médication doit être poursuivie ou cessée ou initiée, le cas échéant

ORDONNANCE DÉCOULANT DE L'APPLICATION DE L'ALGORITHME PAR L'ACCUEIL CLINIQUE

AVIS AU PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE :

- SVP, appliquer ces ordonnances dès maintenant
- Conduite à tenir selon l'ordonnance pré-imprimée REG1279 ACCUEIL CLINIQUE SUSPICION DE THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE (TVP)

Apixaban (Éliquis^{MD}) 10 mg PO BID x 7 jours;

Date du début du traitement : _____,

Puis diminuer à 5 mg BID par la suite.

Durée totale du traitement : 3 mois

Traitement à cesser selon OPI

Poursuivre le traitement (selon OPI)

Tinzaparine (Innohep^{MD}) _____ unités SC DIE

(selon OPI)

(175 unités/kg, arrondir la dose)

Durée totale du traitement : 3 mois

Traitement à cesser selon OPI

Poursuivre le traitement (selon OPI)

Ordonnance(s) si autre diagnostic (Kyste Baker ou MSK)

Initier le traitement indiqué par le professionnel prescripteur
(Voir OPI)

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL PRESCRIPTEUR VISÉ PAR L'ORDONNANCE

Nom du professionnel prescripteur : _____ # Permis : _____

Numéro de téléphone : _____ Clinique : _____ Télécopieur : _____

IDENTIFICATION DU L'INFIRMIÈRE DE L'ACCUEIL CLINIQUE QUI APPLIQUE L'ALGORITHME

Nom (en lettres moulées) : _____ No Permis OIIQ : _____

Signature de l'infirmière qui applique l'algorithme : _____

Coordonnées de l'accueil clinique :

Téléphone : 418 541-1000, poste 2344 Télécopieur : 418 541-0249

Courriel : 02.chicoutimi.accueil-clinique@ssss.gouv.qc.ca

TRANSMISSION PAR TÉLÉCOPIEUR AU PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE

Transmission : Date (aaaa/mm/jj) : _____ Heure (HH:MM) : _____

Ordonnance originale signée par le professionnel prescripteur transmise avec le formulaire de liaison

**Je certifie que cette ordonnance est une ordonnance ORIGINALE.
La pharmacie dédiée est la seule destinataire. La version originale ne sera pas utilisée.**