

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec



- HMR LT
 HSCO PDI
 IUSMM SLISM
 CPMCS



OP00081

N° Dossier : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____

Nom, Prénom : _____

Nom de la mère : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

NAM : _____

Expiration : _____

ORDONNANCE AMBULATOIRE - SUSPICION DE THROMBOPHLEBITE PROFONDE ACCUEIL CLINIQUE

Poids _____ Kg Taille _____ cm Allergie(s) : _____ Intolérance(s) : _____

Médicament (teneur/concentration) et posologie	Quantité à servir	Renouvellement(s)
<input type="radio"/> Apixaban (Eliquis ^{MD}) 10 mg po BID : Première dose STAT J1 : Si 1 ^{ère} dose avant 18h, reprendre une 2 ^e dose à 22h puis poursuivre BID. À partir de 18h, ne prendre qu'une seule dose et continuer BID à partir du jour 2. Code de remboursement RAMQ : CV 169	X 7 jours	0
OU		
<input type="radio"/> Rivaroxaban (Xarelto ^{MD}) 15 mg po BID : Première dose STAT J1 : Si 1 ^{ère} dose avant 18h, reprendre une 2 ^e dose à 22h puis poursuivre BID. À partir de 18h, ne prendre qu'une seule dose et continuer BID à partir du jour 2. Code de remboursement RAMQ : CV 157	X 7 jours	0
OU		
Point de service référent s'assure de l'enseignement et de l'administration de l'HBPM <input type="radio"/> Tinzaparine (Innohep ^{MD}) (175 unités/kg, arrondir à la dose la plus près) _____ unités sous-cutané STAT et DIE	X 7 jours	0
Autres :		

COMPLÉMENT(S) D'INFORMATION

Signature du médecin/prescripteur

permis

Date

Heure

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES