

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

HEPARINE PERFUSION INTRA VEINEUSE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____

1. Avant de débiter le traitement

S'assurer qu'il n'y a pas d'autres alternatives à l'héparine IV

S'assurer que l'usager n'a pas d'antécédent de thrombocytopénie induite à l'héparine (TIH) ou d'allergie à l'héparine

- Peser l'usager au préalable et l'indiquer dans l'entête de cette feuille.
- Effectuer FSC, PTT sec et PT (RNI)

IMPORTANT : débiter le traitement, puis aviser le médecin si un des résultats est anormal.

ALERTE

- Si RNI supérieur à 3, aviser le médecin
- Ne jamais débiter si cathéter épidural en place ou TIH documentée

2. Bolus initial et perfusion initiale

Bolus : Administrer avec concentration **héparine 1000 unités/mL** IV direct en 30 secondes

Perfusion : Héparine 25 000 unités/ 250 mL D5% (100 unités/mL)

Sans bolus INITIAL

Initiales _____ (Considérer l'abolition de tout bolus chez les usagers prenant des anticoagulants à dose thérapeutique ou dans le contexte d'un post opératoire récent (moins de 24 heures))

Administrer le bolus initial (sauf si indication contraire inscrite ci-haut) et amorcer la perfusion d'héparine selon le tableau suivant : ***Double vérification indépendante de la dose bolus et de la programmation de la pompe**

Syndrome coronarien aigu ou fibrillation auriculaire ou valve métallique			Thrombose veineuse ou embolie pulmonaire		
Initiales md			Initiales md		
Poids (kg)	Bolus IV (unités) 60 unités/kg (max de 5000 unités)	Débit (mL/h) 12 unités/kg/h (max 10 mL/h)	Poids (kg)	Bolus IV (unités) 80 unités/kg (max de 7500 unités)	Débit (mL/h) 18 unités/kg/h (max 17 mL/h)
Moins de 40	2300 (2,3 mL)	4,5	Moins de 40	3000 (3 mL)	7
40 à 44,9	2600 (2,6 mL)	5	40 à 44,9	3400 (3,4 mL)	8
45 à 49,9	2900 (2,9 mL)	5,5	45 à 49,9	3800 (3,8 mL)	8
50 à 54,9	3200 (3,2 mL)	6,5	50 à 54,9	4200 (4,2 mL)	9
55 à 59,9	3500 (3,5 mL)	7	55 à 59,9	4600 (4,6 mL)	10
60 à 64,9	3800 (3,8 mL)	7,5	60 à 64,9	5000 (5 mL)	11
65 à 69,9	4100 (4,1 mL)	8	65 à 69,9	5400 (5,4 mL)	12
70 à 74,9	4400 (4,4 mL)	8,5	70 à 74,9	5800 (5,8 mL)	13
75 à 79,9	4700 (4,7 mL)	9	75 à 79,9	6200 (6,2 mL)	14
80 et plus	5000 (5 mL)	10	80 à 84,9	6600 (6,6 mL)	15
			85 à 89,9	7000 (7 mL)	16
			90 à 94,9	7400 (7,4 mL)	17
			95 et plus	7500 (7,5 mL)	17

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du prescripteur

permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

HEPARINE PERFUSION INTRAVEINEUSE (SUITE)

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

3. Bolus et ajustement durant la perfusion

Sans bolus EN TOUT TEMPS

Initiales md

- PTT sec 6 h après le début du traitement
- PTT sec q 6 h après chaque modification de débit, jusqu'à **2 résultats thérapeutiques consécutifs** de PTT sec (60 à 90 sec)
- Si la perfusion doit être en arrêt selon le protocole : PTT sec q6h après la reprise de la perfusion, jusqu'à **2 résultats thérapeutiques consécutifs** de PTT sec (60 à 90 sec)
- PTT sec DIE à 6 h AM après 2 résultats thérapeutiques consécutifs de PTT sec (N.B. si dernier PTT sec fait entre 1 h et 6 h AM, attendre le lendemain matin suivant)
- FSC q 2 jours
- Si plaquettes inférieures à $100 \times 10^9/L$: FSC DIE

Ajustements selon tableau ci-dessous

Poids (kg)	PTT sec de 36,5 sec et moins		PTT sec de 36,6 à 59,9 sec		PTT sec de 60 à 90 sec	PTT sec de 90,1 à 100 sec	PTT sec de 100,1 à 149,9 sec		PTT sec de 150 sec et plus	
	Bolus unités	Débit mL/h	Bolus unités	Débit mL/h	Zone cible	Débit mL/h	Arrêt (minutes)	Débit mL/h	Arrêt (minutes)	Débit mL/h
Moins de 40	2300	+2	1200	+2	Aucun changement	-2	30	-2	60	-2
40 à 44,9	2600		1300				30		60	
45 à 49,9	2900	+3	1500				30	-3	60	-3
50 à 54,9	3200		1600				30		60	
55 à 59,9	3500		1800				30		60	
60 à 64,9	3800	+4	1900	+3	Aucun changement	-3	30	-4	60	-4
65 à 69,9	4100		2000				30		60	
70 à 74,9	4400		2200				30		60	
75 à 79,9	4700	+5	2300				30	-5	60	
80 à 84,9	4900		2400				30		60	
85 et plus	5000		2500	+4		-4	30		60	

ALERTES

- Si PTT sec demeure **sous thérapeutique** (PTT sec inférieur à 60) 24 h suivant le début de la perfusion d'héparine, **aviser le médecin traitant**
- Si PTT sec devient **sous thérapeutique** (PTT sec inférieur à 60) plus de 24 h durant le traitement, **aviser le médecin traitant**
- Si le résultat du PTT sec est supérieur à 150 sec à 2 reprises consécutives, **cesser la perfusion et aviser le médecin traitant immédiatement**
- **Aviser le médecin traitant immédiatement** si présence de saignement significatif ou persistant et/ou si plaquettes nouvellement inférieures à $100 \times 10^9/L$
- **Si le débit de la perfusion est négatif ou 0 mL/h : aviser le médecin traitant immédiatement**

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du prescripteur

permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)