

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

CONCENTRÉ DE COMPLEXES PROTHROMBIQUES (CCP) BERIPLEX P/N

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____

1. INDICATIONS : Inversion d'anticoagulothérapie orale à la warfarine ou déficience en vitamine K	
☐ Hémorragie	☐ Chirurgie urgente
2. INDICATIONS NON RECOMMANDÉES (obtenir l'autorisation de l'hématologue)	
☐ A- Chirurgie élective ou procédure invasive chez usager traité à la warfarine ☐ B- Histoire récente de thrombose, infarctus, ischémie cérébrale ou coagulation intravasculaire disséminée (CIVD)	
☐ C- Saignement sévère, non compressible, menaçant la vie pour renverser l'effet d'un anti-Xa oral (rivaroxaban, apixaban ou edoxaban)	
Les 6 éléments qui peuvent être témoins de coagulopathies sont optimisés: INR, TCA, fibrinogène, numération plaquettaire, urée/créatinine, calcémie ET les autres mesures d'hémostase possibles sont déjà en place (compression si possible, radio-intervention, acide tranexamique, DDAVP, cryos, plaquettes, calcium, protocole de transfusion massive). Nom de l'anticoagulant oral direct : _____ Date et heure de la dernière prise : _____ Attention : • Si la prise de la dernière dose remonte à plus de 24 h et que la fonction rénale est normale: PAS d'autorisation pour Beriplex ou CCP. • Si la prise date de moins de 2 heures, un lavage gastrique doit être privilégié ☐ Autres (préciser) : _____	
Autorisé par (nom de l'hématologue) : _____	
3. CONTRE INDICATIONS	
☐ Hypersensibilité à ce médicament ou à tout ingrédient de la préparation ☐ Antécédents de thrombocytopénie induite par l'héparine ou allergies connues à l'héparine ☐ Usager présentant un risque élevé de thrombose (sauf si bénéfice supérieur au risque)	
4. POSOLOGIE	
→ RNI pré Beriplex (dernières 24 heures) = _____	

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du médecin	# permis
☐ Fax envoyé par _____ (init.)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

**CONCENTRÉ DE COMPLEXES
PROTHROMBIQUES (CCP)
BERIPLEX P/N (SUITE)**

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

Dose pour l'indication A et B seulement soit dosage selon le poids et le RNI (RNI cible proche de 1,5)

Poids (kg)	Dose de CCP si RNI supérieur à 6 (40 unités/kg)	Dose de CCP si RNI entre 3 et 6 (30 unités/kg)	Dose de CCP si RNI entre 2 et 2,9 (20 unités/kg)
35-37	1500 unités (60 mL)	1000 unités (40 mL)	500 unités (20 mL)
38-41	1500 unités (60 mL)	1000 unités (40 mL)	1000 unités (40 mL)
42-43	1500 unités (60 mL)	1500 unités (60 mL)	1000 unités (40 mL)
44-56	2000 unités (80 mL)	1500 unités (60 mL)	1000 unités (40 mL)
57-58	2500 unités (100 mL)	1500 unités (60 mL)	1000 unités (40 mL)
59-62	2500 unités (100 mL)	2000 unités (80 mL)	1000 unités (40 mL)
63-68	2500 unités (100 mL)	2000 unités (80 mL)	1500 unités (60 mL)
69-75	3000 unités (120 mL)	2000 unités (80 mL)	1500 unités (60 mL)
76-87	3000 unités (120 mL)	2500 unités (100 mL)	1500 unités (60 mL)
88-91	3000 unités (120 mL)	2500 unités (100 mL)	2000 unités (80 mL)
92-112	3000 unités (120 mL)	3000 unités (120 mL)	2000 unités (80 mL)
113-136	3000 unités (120 mL)	3000 unités (120 mL)	2500 unités (100 mL)
137 ou plus	3000 unités (120 mL)	3000 unités (120 mL)	3000 unités (120 mL)

** Les doses ont été arrondies au multiple de 500 unités (20 mL) le plus proche. Une dose ne doit pas dépasser 3000 unités

*** Dosage selon le poids et le RNI (RNI cible proche de 1,5) et avec le poids (kg).

_____ Donner _____ unités ou _____ mL de CCP IV selon le tableau

Initiales md

Dose pour l'indication C : Si usager sous anticoagulant oral directe de type anti-Xa (rivaroxaban et apixaban) ET autorisé par l'hématologue:

_____ Donner 50 unités par kg de CCP IV soit 50 x _____ kg = _____ unités ou _____ mL

Initiales md

VITAMINE K (phytonadione) :

Administer 10 mg de phytonadione diluée dans 10 mL de NaCl 0,9% IV en 30 minutes simultanément avec _____ le CCP (Beriplex P/N)

Initiales md

→ Répéter RNI 15 minutes post administration de CCP (Beriplex P/N)

5. VITESSE D'ADMINISTRATION (NE PAS EXCÉDER 3 unités/kg/min jusqu'à concurrence de 480 mL/heure)

☐ 30 à 50 kg : 200 mL/heure ☐ 50 kg et plus : 360 mL/heure ☐ Autre : _____

6. MISE EN GARDE :

Dans tous les cas, évaluer les bienfaits du traitement versus les risques de complications

- Risque de thrombose ou de CIVD lorsque les usagers présentant un déficit acquis ou congénital sont traités par un CCP;
- Surveillance étroite pour les usagers avec antécédents de coronopathie, d'infarctus ou de maladie du foie;
- Les composants du produit Beriplex P/N ne contiennent pas de latex.

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du médecin

_____ # permis

☐ Fax envoyé par _____ (init.) Heure d'envoi : _____ Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)