

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____

AAAA-MM

Nom de la mère : _____

ACCUEIL CLINIQUE FIBRILLATION AURICULAIRE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

À débiter si fibrillation auriculaire confirmée par le cardiologue/interniste

BÊTA-BLOQUANT OU BLOQUEUR CANAUX CALCIQUES

_____	Bisoprolol 5 mg DIE	30 co	Ren : _____
Initiales			
_____	Diltiazem 120 mg LA DIE	30 co	Ren : _____
Initiales			
_____	Métoprolol 50 mg BID	60 co	Ren : _____
Initiales			
Autre : _____	_____ co		Ren : _____

ANTIPLAQUETTAIRE-ANTICOAGULANT

_____	AAS 80 mg PO DIE	30 co	Ren: _____
Initiales			
_____	Apixaban 5 mg PO BID	60 co	Ren: _____
Initiales			
_____	Apixaban 2,5 mg PO BID si au moins 2 des critères suivants : âgé de 80 ans ou plus, poids de 60 kg ou moins, créatinine à 133 micromol/L ou plus	60 co	Ren: _____
Initiales			
_____	Dabigatran 150 mg PO BID (Code RAMQ CV 155)	60 co	Ren: _____
Initiales			
_____	Dabigatran 110 mg PO BID si âgé de plus de 75 ans et facteurs de risque de saignement OU si âgé de 80 ans ou plus OU si poids inférieur à 50 kg (Code RAMQ CV155)	60 co	Ren: _____
Initiales			
_____	Édoxaban 60 mg DIE	30 co	Ren: _____
Initiales			
_____	Édoxaban 30 mg DIE si Clcr 15 à 50 mL/min OU poids de 60 kg ou moins OU utilisation d'un inhibiteur de la glycoprotéine P (clarithromycine, érythromycine, tacrolimus, cyclosporine, antifongiques azolés)	30 co	Ren: _____
Initiales			
_____	Rivaroxaban 20 mg PO DIE	30 co	Ren: _____
Initiales			
_____	Rivaroxaban 15 mg PO DIE si Clcr de 15 à 49 mL/min	30 co	Ren: _____
Initiales			
_____	Warfarine _____ mg DIE x _____ jours, puis selon suivi en clinique ambulatoire	x 1 mois	Ren: _____
Initiales			

Contre-indications à l'apixaban, dabigatran, édoxaban et au rivaroxaban

- Grossesse/allaitement;
- Atteinte hépatique avec coagulopathie ou insuffisance hépatique grave (Child-Pugh C);
- Prothèse valvulaire mécanique;
- Prise de : kétoconazole, itraconazole, posaconazole, phénytoïne, carbamazépine, phénobarbital, rifampicine, ritonavir, millepertuis, inhibiteur de la protéase (traitement VIH ex : ritonavir, indinavir);
- Sténose mitrale modérée.

Précautions à l'apixaban, dabigatran, édoxaban et au rivaroxaban

- Insuffisance hépatique légère ou modérée (Child-Pugh A ou B);
- Poids supérieur à 120 kg;
- AVC récent (moins d'une semaine).

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis
☐ Envoyé par _____ (initiales)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (initiales)

ACCUEIL CLINIQUE FIBRILLATION AURICULAIRE (SUITE)

Dossier :	
Nom, Prénom :	
Date de naissance :	AAAA-MM-JJ
	☐ F ☐ M
NAM :	Exp. AAAA-MM
Nom de la mère :	

☐ La personne référée répond aux critères universels d'admissibilité à l'accueil clinique et ne présente aucune des contre-indications reliées à la situation clinique visée par la présente référence.

Renseignements cliniques :

ATCD pertinents :

Médicaments pertinents :

ORDONNANCES MÉDICALES

- Épreuves diagnostiques et consultation médicale
 - Faire ECG et faire interpréter STAT par le cardiologue/interniste de garde

Si absence de fibrillation auriculaire, aviser le médecin/IPS référent et lui faire parvenir une copie de l'ECG

Si fibrillation auriculaire confirmée par le cardiologue ou interniste :

- Aviser l'usager de débiter l'ordonnance pharmaceutique du médecin/IPS référent
 - Faire prélèvements sanguins (délai de moins de 48 heures)
 - FSC, PTT- INR, troponine, BNP, urée, créatinine, électrolytes, glycémie, TSH, β -HCG si femme de 50 ans ou moins
- Aviser le médecin/IPS référent si réception de résultats critiques. Si troponine supérieure à la valeur normale, référer l'usager à l'urgence.**
- Faire épreuves diagnostiques et consultation médicale
 - Rx pulmonaire (délai de 2 à 4 semaines);
 - Échographie cardiaque (délai de 2 à 4 semaines);
 - Holter (délai de 2 à 4 semaines);
 - Planifier une consultation en cardiologie/médecine interne après échographie cardiaque (délai de moins de 4 semaines);
 - Si warfarine débutée, référer l'usager à la clinique d'anticoagulothérapie (délai de moins de 5 jours) ou au milieu de suivi ambulatoire désigné (ex. pharmacie communautaire, clinique médicale, etc.);
 - Faire parvenir les résultats des examens diagnostiques et de laboratoire ainsi que la consultation complétée en cardiologie/médecine interne au médecin/IPS référent dès que possible.

Clinique médicale/UMF/GMF :

Téléphone : Télécopieur :

 Date et heure (aaaa/mm/jj)	 Signature du prescripteur	 # permis
☐ Envoyé par (initiales)	Heure d'envoi : 	Ordonnance relevée par : (initiales)