

Installation : _____

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

PREPARATION MEDICAMENTEUSE PRE CATHETERISME CARDIAQUE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm
Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

Date de l'examen : _____ AAAA-JJ-MM Heure prévue : _____ HH : MM

GESTION DE LA MÉDICATION AVANT LA PROCÉDURE

Cesser les anticoagulants suivants

_____ Warfarine cesser 3 jours pré intervention (cible : RNI inférieur ou égal à 1,5)

Initiales

_____ Remplacer warfarine par : _____

Initiales

Les anticoagulants oraux (apixaban, dabigatran, édoxaban, rivaroxaban) **peuvent être poursuivis à moins d'indication contraire** (CTO, TAVI, procédure nécessitant cathéter de grand calibre ou biopsie). **Veillez le prescrire si c'est le cas :**

_____ Cesser apixaban, dabigatran, édoxaban 48 heures avant procédure nécessitant cathéter grand calibre ou biopsie

Initiales

_____ Cesser rivaroxaban 72 heures avant procédure nécessitant cathéter grand calibre ou biopsie

Initiales

La veille de l'examen

_____ Lorazépam ☐ 1 mg PO HS PRN (usager de moins de 75 ans)

Initiales

☐ 0,5 mg PO HS PRN (usager de 75 ans et plus ET/OU fragile¹)

Le matin de l'examen : donner la médication prescrite sauf exception(s) mentionnées ci-dessous

_____ Omettre antidiabétiques oraux

Initiales

_____ Omettre insuline

Initiales

_____ Omettre diurétiques

Initiales

_____ Omettre IECA (périndopril, ramipril, tradolapril, etc.) ET/OU ARA (candesartan, irbesartan, valsartan, etc.) ET/OU combinaison sacubitril-valsartan (Entresto^{MC})

Initiales

_____ Omettre héparine faible poids moléculaire (daltéparine, énoxaparine, tinzaparine)

Initiales

Autre : _____

_____ NaCl 0,9% IV TVO

Initiales

ALLERGIE AUX AGENTS DE CONTRASTE

[Outil d'aide à la décision - PRÉVENTION D'UNE RÉACTION D'HYPERSENSIBILITÉ](#)

Contactez le radiologiste pour la conduite.

PRÉMÉDICATION

_____ DiphenhydrAMINE 25 mg PO x 1 dose à l'appel

Initiales

_____ Lorazépam ☐ 1 mg PO x 1 dose à l'appel (usager de moins de 75 ans)

Initiales

☐ 0,5 mg PO x 1 dose à l'appel (usager de 75 ans et plus ET/OU fragile)

1 → Fragile = échelle de fragilité de 4 et plus voir : (voir [AMC-DSIEU-6167 Échelle de fragilité clinique](#))

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du prescripteur

_____ # permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

_____ Heure d'envoi :

_____ Ordonnance relevée par : _____ (initiales)