|  |
| --- |
| **Hôpital**  **Hébergement  Réadaptation  1re ligne** |
| Poids : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ cm  Allergie (s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Aucune connue :  Réactions indésirables aux médicaments : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **SUSPICION D’ACCIDENT ISCHÉMIQUE TRANSITOIRE 1/1** |
|  |
|  |
|  |
| **Nom du prescripteur** (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **No permis :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Signature du prescripteur :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Date et heure :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Initiales de l’infirmière :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Numérisation (date et heure) :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *Entérinée par l’exécutif du CMDP du CIUSSS le* |

**POUR LES PATIENTS SANS ANTIPLAQUETAIRES, CHEZ QUI ON SUSPECTE UN AIT :**

**Acide acétylsalicylique** (Aspirin MD) **80** mg / comprimé : **4** comprimés PO **STAT** puis **1** comprimé PO **DIE** par la suite, pour 30 doses (1 mois) **NR**

**OU**

**Acide acétylsalicylique** (Aspirin MD) **80** mg / comprimé : **2** comprimés PO **STAT** puis **1** comprimé PO **DIE** par la suite, pour 30 doses (1 mois) **NR**

**POUR LES PATIENTS DÉJÀ SOUS ASA ET CHEZ QUI ON SUSPECTE UN AIT :**

**Clopidogrel** (Plavix MD) 75 mg / comprimé : **4** comprimés PO **STAT** puis **1** comprimé PO **DIE** par la suite,pour 30 doses (1 mois) **NR**

**OU**

**Clopidogrel** (Plavix MD) 75 mg / comprimé : **1** comprimé PO **DIE** pour 30 doses (1 mois) **NR**

**Cesser prise d’Acide acétylsalicylique (**Aspirin MD) **STAT**