



SM03132



HOPITAL06C

ORDONNANCE MÉDICALE

Hôpital Hébergement Réadaptation 1^{re} ligne

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergie (s) : _____ Aucune connue : Réactions indésirables aux médicaments : _____

ACCUEIL CLINIQUE – ORDONNANCE EXTERNE – THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE (URGENCE)

1/1

ANTICOAGULOTHÉRAPIE

La durée du traitement sera réévaluée par la médecine interne lors de la consultation prévue dans les 14 jours

Première dose administrée à l'urgence le ____ / ____ / ____ à ____ : ____

- Rivaroxaban 15 mg PO BID x 15 jours (Code d'exception : CV 157)
- Apixaban 10 mg PO BID x 7 jours puis 5 mg po BID x 7 jours (Code d'exception : CV 169)
- Tinzaparine 175 unités/kg/jour, soit _____ unités SC DIE x 15 jours
- Énoxaparine 1,5 mg/kg SC DIE, soit _____ mg x 15 jours
OU 1 mg/kg SC BID*, soit _____ mg x 15 jours**

***Option à privilégier pour le traitement initial de TVP chez les personnes de 16 et 17 ans ou dont l'IMC est > 40*

Si anticoagulant non prescrit, spécifier la raison:

Cesser anticoagulothérapie si doppler veineux négatif (*attendre confirmation de l'infirmier ou l'infirmière de l'Accueil Clinique*)

ANTIBIOTHÉRAPIE

Si diagnostic alternatif de cellulite retenu (*attendre confirmation de l'infirmier ou l'infirmière de l'Accueil Clinique*)

- Cefadroxil 500 mg PO BID x 5 jours **OU**
- _____ PO _____ x _____ jours

Nom du médecin référent (en lettres moulées) : _____ N° permis : _____

Signature : _____ Date : _____ Heure : _____

No. de téléphone de la clinique : _____

TÉLÉCOPIEUR DE L'ACCUEIL CLINIQUE : HND : 514-362-2829 HV : 514-765-8529

Entérinée par l'exécutif du CMDP du CIUSSS le 12 décembre 2024