Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
Québec

MRC1020

HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF /
JEWISH GENERAL HOSPITAL

PHARMACIE / **PHARMACY**
PRESCRIPTION DE DÉPART / **DISCHARGE PRESCRIPTION**

Nom de famille/Family name | No de dossier/Record No
Prénom/First name
Date de naissance/Date of birth | Téléphone/Telephone
No R.A.M.Q./Medicare No
Adresse/Address

ALLERGIES: _____

INTOLÉRANCES / **INTOLERANCES:** _____

Grandeur / **Height** _____ Poids / **Weight** _____ **Cr** _____

ACCEUIL CLINIQUE : Ordonnance ambulatoire pour Fibrillation Auriculaire de novo de plus de 48 heures

1. Contrôle de la fréquence cardiaque

BETA-Bloqueur (choisir un)

O Bisoprolol _____ mg po die Quantité _____ Ren x _____

O Metoprolol _____ mg po bid Quantité _____ Ren x _____

Bloqueur de Canaux Calciques

O Diltiazem CD _____ mg po die Quantité _____ Ren x _____

Et / Ou

O Digoxin _____ mg po die Quantité _____ Ren x _____

2. Anticoagulant (choisir un)

O Apixaban _____ mg po bid code CV155 Quantité _____ Ren x _____

O Rivaroxaban _____ mg po die avec le plus grand repas de la journée code CV155 Quantité _____ Ren x _____

O Edoxaban _____ mg po die code CV155 Quantité _____ Ren x _____

O Warfarin _____ mg po die (RNI cible 2-3) Quantité _____ Ren x _____

3. Traitement de Chevauchement pour Warfarin (SI AVC < 6 derniers mois ou condition prothrombotique sous-jacente)

O Enoxaparin (Redesca) 1.5mg/kg SC die = _____ die

O Dalteparin (Fragmin) 200unités/kg SC die = _____ die

(la conversion à la seringue pré-remplie disponible la plus proche au dosage est recommandée)

Le patient sera réévalué lors de la consultation en cardiologie (Veuillez envoyer ce formulaire de référence par fax au 514-340-8036)

Pour joindre l'Accueil clinique par téléphone, composer le: (514) 340-8222 poste: 22324 du lundi au vendredi de 8h00 à16h00 (excepté les jours fériés)

AAYY / MM / JD
Date | Heure / **Time** | Signature du prescripteur / **Prescriber signature** | Nom en lettres moulées / **Print name** | Licence du prescripteur / **Prescriber license**

TRANSMISSION PAR TÉLÉCOPIEUR: 1) CETTE ORDONNANCE EST ORIGINALE 2) LE PHARMACIEN IDENTIFIÉ PRÉCITÉ EST LE SEUL DESTINATAIRE 3) L'ORIGINAL DE CETTE ORDONNANCE NE SERA PAS RÉUTILISÉ