



- HLAS HGL CHSM HSA
 CHSLD DBV CHSLD DOR CHSLD LACH IUSMD
 CHSLD GD CHSLD NP CLSC LAS

**TITRE DE L'ORDONNANCE INDIVIDUELLE
PRÉIMPRIMÉE : Référence à l'Accueil clinique pour
suspicion de fibrillation auriculaire (FA) >48h**

N° dossier / Chart N°

DDN/DOB

Sexe/Sex

Nom / Name

Prénom / First Name

Nom de la mère / Name of mother

Adresse / Address

Tél. / Tel.

N° assurance maladie / Medicare Card N°

Expiration

| Init. MD/IPS | Référence à l'Accueil clinique pour suspicion de FA > 48h | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-----------------------------|--|---|----------------------------------|--|--|-------------------------------------|---|---------------------------------|--|--|-----------------------------------|----------------------------------|--|----------------------------|----------------------------|
| | Allergies : _____ Taille : _____ Poids : _____ <input type="checkbox"/> Allaitement <input type="checkbox"/> Fonction hépatique diminuée <input type="checkbox"/> Fonction rénale diminuée <input type="checkbox"/> Autres: _____ Renseignements cliniques et ATCD médicaux et familiaux pertinents : _____ _____ _____ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">Symptômes présents (cochez)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sensations de palpitations</td> <td><input type="checkbox"/> Fatigue</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rythme cardiaque irrégulier</td> <td><input type="checkbox"/> Rythme cardiaque régulier</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diaphorèse</td> <td><input type="checkbox"/> Dyspnée légère</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nausée</td> <td><input type="checkbox"/> Épisode d'angine:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Étourdissements</td> <td><input type="checkbox"/> Autres :</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Syncope</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Début des symptômes: _____</td> <td>Durée des symptômes: _____</td> </tr> </tbody> </table> | Symptômes présents (cochez) | | <input type="checkbox"/> Sensations de palpitations | <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Rythme cardiaque irrégulier | <input type="checkbox"/> Rythme cardiaque régulier | <input type="checkbox"/> Diaphorèse | <input type="checkbox"/> Dyspnée légère | <input type="checkbox"/> Nausée | <input type="checkbox"/> Épisode d'angine: | <input type="checkbox"/> Étourdissements | <input type="checkbox"/> Autres : | <input type="checkbox"/> Syncope | | Début des symptômes: _____ | Durée des symptômes: _____ |
| Symptômes présents (cochez) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sensations de palpitations | <input type="checkbox"/> Fatigue | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Rythme cardiaque irrégulier | <input type="checkbox"/> Rythme cardiaque régulier | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Diaphorèse | <input type="checkbox"/> Dyspnée légère | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Nausée | <input type="checkbox"/> Épisode d'angine: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Étourdissements | <input type="checkbox"/> Autres : | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Syncope | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Début des symptômes: _____ | Durée des symptômes: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | J'ai remis au patient l'ordonnance pour suspicion de FA > 48h Je confirme que la personne référée répond à tous les critères généraux d'admissibilité de l'Accueil clinique ainsi qu'aux critères d'inclusion spécifiques de la condition visée. Je confirme aussi que la personne ne présente pas de critères d'exclusions généraux de l'Accueil clinique ni de critères d'exclusion spécifiques de la condition visée. Je confirme que la personne référée a reçu la feuille d'instruction et a été avisée d'attendre l'appel de l'infirmière de l'Accueil clinique. J'ai lu la description des rôles du référent et de l'infirmière de l'Accueil clinique dans le Cadre de référence et j'accepte l'ensemble des interventions prévues à l'algorithme décisionnel. ⇒ Télécopier ce formulaire et l'ordonnance pour suspicion de FA > 48h au 514-630-2870 Nom de la clinique : _____ # Télécopieur : _____ # Téléphone pour les prochaines 24 heures : _____ Si non joignable, MD/IPS qui fera le suivi : _____ # Téléphone : _____ | | | | | | | | | | | | | | | | |

Médecin ou infirmière praticienne spécialisée

| Nom (en lettres moulées) | Signature | N° de permis | Date (AA – MM –JJ) | Heure |
|--------------------------|-----------|--------------|--------------------|-------|
| | | | | |

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

Québec

AC **accueil**
clinique

N° dossier / Chart N°

DDN/DOB

Sexe/Sex

Nom / Name

Prénom / First Name

Nom de la mère / Name of mother

Adresse / Address

Tél. / Tel.

N° assurance maladie / Medicare Card N°

Expiration

- HLAS HGL CHSM HSA
 CHSLD DBV CHSLD DOR CHSLD LACH IUSMD
 CHSLD GD CHSLD NP CLSC LAS

VERSION FRANÇAISE

Ordonnance pour suspicion de fibrillation auriculaire (FA) > 48h

| Init. MD/IPS | Ordonnance pour suspicion de FA > 48h | |
|--------------|--|--|
| | <u>CONTRÔLE DE LA FRÉQUENCE CARDIAQUE</u> | |
| | Faire UN choix de classe de médicament (bêta bloquants ou bloqueurs des canaux calciques) | |
| | Bêta bloquants | |
| | ⇒ premier choix pour les patients atteints de maladie coronarienne | |
| | ⇒ contre-indiqué chez les patients avec asthme sévère, insuffisance rénale, bradycardie < 50 battements/minute, bloc AV du 2 ^e et du 3 ^e degré, insuffisance cardiaque, insuffisance ventriculaire droite secondaire à une hypertension pulmonaire, phéochromocytome non traité ou chez les femmes qui allaitent | |
| | ⇒ donner avec prudence aux patients diabétiques | |
| | Dose de départ | Si persistance des symptômes après 7 jours de traitement avec la dose de départ et après confirmation du cardiologue: |
| | Aténolol 25 mg PO DIE X 30 jours REN X 2 ⇒ dose initiale recommandée | Cesser Aténolol 25 mg PO DIE puis débuter Aténolol 50 mg PO DIE X 30 jours REN X 2 |
| | Aténolol 50 mg PO DIE X 30 jours REN X 2 | Cesser Aténolol 50mg PO DIE puis débuter Aténolol 100 mg PO DIE X 30 jours REN X 2 |
| | Aténolol 100 mg PO DIE X 30 jours REN X 2 | N/A |
| | Bisoprolol 2.5 mg PO DIE X 30 jours REN X 2 ⇒ dose initiale recommandée ⇒ médicament de choix pour asthmatiques | Cesser Bisoprolol 2.5 mg PO DIE puis débuter Bisoprolol 5 mg PO DIE X 30 jours REN X 2 |
| | Bisoprolol 5 mg PO DIE X 30 jours REN X 2 | Cesser Bisoprolol 5 mg PO DIE puis débuter Bisoprolol 10 mg PO DIE X 30 jours REN X 2 |
| | Bisoprolol 10 mg PO DIE X 30 jours REN X 2 | N/A |
| | Métoprolol 25 mg PO BID X 30 jours REN X 2 ⇒ dose initiale recommandée | Cesser Métoprolol 25 mg PO BID puis débuter Métoprolol 50 mg PO BID X 30 jours REN X 2 |
| | Métoprolol 50 mg PO BID X 30 jours REN X 2 | Cesser Métoprolol 50 mg PO BID puis débuter Métoprolol 100 mg PO BID X 30 jours REN X 2 |
| | Métoprolol 100 mg PO BID X 30 jours REN X 2 | N/A |

Prescripteur

| Nom (en lettres moulées) | Signature | N° de permis | Date (AAAA-MM-JJ) | Heure |
|--------------------------|-----------|--------------|-------------------|-------|
| | | | | |

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



ACaccueil
clinique

N° dossier / Chart N°

DDN/DOB

Sexe/Sex

Nom / Name

Prénom / First Name

Nom de la mère / Name of mother

Adresse / Address

Tél. / Tel.

N° assurance maladie / Medicare Card N°

Expiration

- HLAS HGL CHSM HSA
 CHSLD DBV CHSLD DOR CHSLD LACH IUSMD
 CHSLD GD CHSLD NP CLSC LAS

VERSION FRANÇAISE

Ordonnance pour suspicion de fibrillation auriculaire (FA) > 48h

| Init. MD/IPS | Ordonnance pour suspicion de FA > 48h | |
|--------------|--|---|
| | <u>CONTRÔLE DE LA FRÉQUENCE CARDIAQUE</u> | |
| | <u>Faire UN choix de classe de médicament (bêta bloquants ou bloqueurs des canaux calciques)</u> | |
| | Bloqueurs des canaux calciques | |
| | ⇒ contre-indiqué chez les patients avec congestion pulmonaire, en présence d'insuffisance cardiaque (FEVG < 40%), d'hypotension, de bradycardie, bloc AV du 2 ^e et du 3 ^e degré, de syndrome de Wolff-Parkinson-White ou de Lown-Ganong-Levine, lors de traitement concomitant avec des inhibiteurs ou inducteurs du CYP450 ou chez les femmes qui allaitent | |
| | ⇒ donner avec prudence chez les patients insuffisants hépatiques et/ou rénaux et aux patients de plus de 65 ans | |
| | Dose de départ | Si persistance des symptômes après 7 jours de traitement avec la dose de départ et après confirmation du cardiologue : |
| _____ | Diltiazem CD 120 mg PO DIE X 30 jours REN X 2 ⇒ dose initiale pour patients insuffisant rénaux et/ou hépatiques | Cesser Diltiazem CD 120 mg PO DIE puis débuter Diltiazem CD 180 mg PO DIE X 30 jours REN X 2 |
| _____ | Diltiazem CD 180 mg PO DIE X 30 jours REN X 2 ⇒ dose initiale recommandée | Cesser Diltiazem CD 180 mg PO DIE puis débuter Diltiazem CD 240 mg PO DIE X 30 jours REN X 2 |
| _____ | Diltiazem CD 240 mg PO DIE X 30 jours REN X 2 | Cesser Diltiazem CD 240 mg PO DIE puis débuter Diltiazem CD 360 mg PO DIE X 30 jours REN X 2 |
| _____ | Diltiazem CD 360 mg PO DIE X 30 jours REN X 2 | N/A |
| _____ | Verapamil SR 180 mg PO DIE X 30 jours REN X 2 ⇒ dose initiale recommandée | Cesser Verapamil SR 180 mg PO DIE puis débuter Verapamil SR 240 mg PO DIE X 30 jours REN X 2 |
| _____ | Verapamil SR 240 mg PO DIE X 30 jours REN X 2 | Cesser Verapamil SR 240 mg PO DIE puis débuter Verapamil SR 360 mg PO DIE X 30 jours REN X 2 |
| _____ | Verapamil SR 360 mg PO DIE X 30 jours REN X 2 | Cesser Verapamil SR 360 mg PO DIE puis débuter Verapamil SR 480 mg PO DIE X 30 jours REN X 2 |
| _____ | Verapamil SR 480 mg PO DIE X 30 jours REN X 2 | N/A |
| _____ | Ajuster la dose de médicaments en cours : _____ | |

| Prescripteur | | | | |
|--------------------------|-----------|--------------|---------------------|-------|
| Nom (en lettres moulées) | Signature | N° de permis | Date (AAA – MM– JJ) | Heure |

HLAS HGL CHSM HSA
 CHSLD DBV CHSLD DOR CHSLD LACH IUSMD
 CHSLD GD CHSLD NP CLSC LAS

VERSION FRANÇAISE

**Ordonnance pour suspicion de fibrillation
auriculaire (FA) > 48h**

Init.
MD/IPS/NP

Ordonnance pour suspicion de FA > 48h

ANTICOAGULANTS ORAUX DIRECTS

⇒ contre-indiqué chez les patients présentant un saignement actif et/ou accident vasculaire cérébral récent et/ou ulcère peptique, ayant une prise concomitante d'anticoagulant et/ou AINS et/ou d'inhibiteurs de la glycoprotéine-P tels que : amiodarone, diltiazem, érythromycine, kétoconazole, lansoprazole, oméprazole, quinidine, verapamil, etc. (liste non-exhaustive), étant atteint de thrombocytopenie, d'insuffisance rénale ou insuffisance hépatique sévère ou chez les femmes qui allaitent

⇒ éviter de donner aux patients prenant des ISRS et les IRSN tels que fluoxetine, paroxetine, citalopram, escitalopram, sertraline, venlafaxine, duloxetine etc. (liste non-exhaustive)

Si le score CHADS-65 ≥ 1, il est recommandé de débiter l'anticoagulation selon l'algorithme du *Canadien Cardiovascular Society (CCS)* (Annexe 4).

| CHADS-65 | Score |
|---|--------|
| Insuffisance cardiaque congestive | o 1 |
| Hypertension | o 1 |
| Âge ≥ 65 ans | o 1 |
| Diabète | o 1 |
| Accident vasculaire cérébral ou Accident ischémique transitoire ou thromboembolie | o 2 |
| | Total: |

INITIALER DANS LE TABLEAU LA DOSE PRESCRITE (Faire UN choix SEULEMENT)

| DOSE USUELLE | Rivaroxaban 20 mg PO DIE X 30 jours REN X 2 CV 155 ⇒ dose recommandée si DFG > 50 | Apixaban 5 mg PO BID X 30 jours REN X 2 CV 155 | Dabigatran 150 mg PO BID X 30 jours REN X 2 CV 155 ⇒ dose recommandée si DFG > 50 | Edoxaban 60 mg PO DIE X 30 jours REN X 2 CV 155 ⇒ dose recommandée si DFG > 50 |
|--------------|---|--|--|--|
| | Init MD/IPS _____ | Init MD/IPS _____ | Init MD/IPS _____ | Init MD/IPS _____ |
| DOSE RÉDUITE | Rivaroxaban 15 mg PO DIE X 30 jours REN X 2 CV 155 ⇒ dose recommandée si DFG entre 15 et 50 | Apixaban 2.5 mg PO BID X 30 jours REN X 2 CV 155 ⇒ dose recommandée si au moins 2 des 3 critères sont présents : • Âge ≥ 80 ans • Poids corporel ≤ 60 kg • Créatinine sérique ≥ 133 µmol/l | Dabigatran 110 mg PO BID X 30 jours REN X 2 CV 155 ⇒ dose recommandée si patient présente un des critères suivants: • Âge ≥ 80 ans • Risque élevé de saignements • DFG 30-50 | Edoxaban 30 mg PO DIE X 30 jours REN X 2 CV 155 ⇒ dose recommandée si patient présente un des critères suivants: • DFG 30-50 • Poids ≤ 60 kg • Utilisation d'inhibiteurs puissants de la glycoprotéine P |
| | Init MD/IPS _____ | Init MD/IPS _____ | Init MD/IPS _____ | Init MD/IPS _____ |

Prescripteur

Nom (en lettres moulées)

Signature

N° de permis

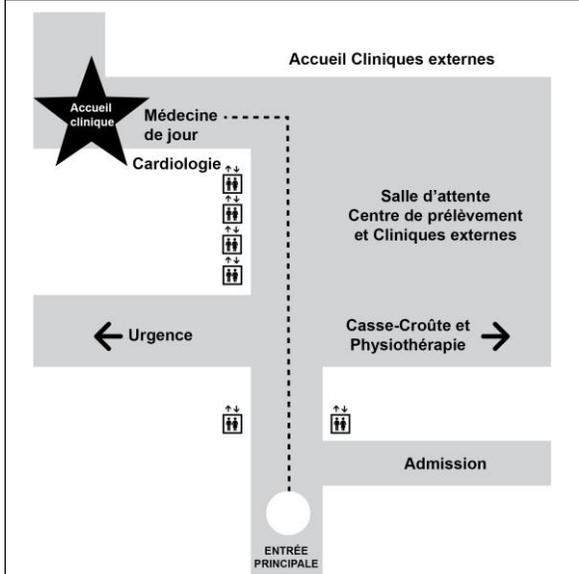
Date (AAAA- MM- JJ)

Heure

Document à remettre au patient

Qu'est-ce que l'Accueil clinique? Vous avez été référé à l'Accueil clinique par votre médecin ou votre infirmière praticienne spécialisée (IPS), car votre condition est considérée semi-urgente. Ce service vous permettra d'obtenir l'accès à des tests diagnostiques et à un médecin spécialiste dans les meilleurs délais possibles.

Voici la procédure : L'infirmière de l'Accueil clinique sera disponible durant toute la période diagnostique pour répondre à vos questions. Vous pouvez la rejoindre au **514 630-2225, poste 1719** durant les heures d'ouverture (lundi-vendredi de 8h à 16h, excepté jours fériés).

| | |
|--|---|
| <p>1. Le médecin/IPS vous donnera des documents lorsque vous quitterez son bureau :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une feuille de référence à l'Accueil clinique • Une ordonnance pour la pharmacie (dans certains cas) | <p>2. L'infirmière à l'accueil clinique <u>vous contactera</u> aussitôt qu'elle recevra la référence pour prendre un rendez-vous avec vous.</p> <p>* Assurez-vous d'être facilement joignable</p> |
| <p>3. Pour votre visite, vous devez amener :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Votre carte d'hôpital (si vous n'en avez pas, passez au bureau de l'admission AVANT de vous présenter à l'Accueil clinique) • Votre carte d'assurance-maladie • Votre liste de médicaments • Les documents que votre médecin/IPS vous a remis | <p>4. Rendez-vous à l'Accueil Clinique Hôpital Général du Lakeshore 160, avenue Stillview, Pointe-Claire, Centre ambulatoire, 1^{er} étage, Médecine de jour</p> |
| <p>5. Stationnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les rues autour de l'hôpital offrent exclusivement le stationnement pour les résidents à certaines plages horaires (vignette) • Tarifs de l'hôpital : <ul style="list-style-type: none"> - Moins de 2 h gratuit - 2h à moins de 4 h.... 6\$ - Plus de 4h..... 10\$ |  <p>Accueil Cliniques externes</p> <p>★ Accueil clinique</p> <p>Médecine de jour</p> <p>Cardiologie</p> <p>Salle d'attente Centre de prélèvement et Cliniques externes</p> <p>← Urgence</p> <p>Casse-Croûte et Physiothérapie →</p> <p>Admission</p> <p>ENTRÉE PRINCIPALE</p> |



Informations concernant les traitements prescrits

Il est possible que votre médecin vous prescrive une médication préventive en attendant une confirmation du diagnostic de fibrillation auriculaire (FA). Le pharmacien ou l'infirmière de l'Accueil clinique vous remettra alors de la documentation spécifique concernant le traitement prescrit.

IMPORTANT : Avant de prendre des analgésiques vendus sans ordonnance ou des produits naturels, veuillez consulter votre pharmacien.

Questions?

- **L'infirmière de l'Accueil clinique** du lundi au vendredi de 8 h à 16 h, sauf les jours fériés : 514 630-2225 poste 1719;
- **Info-santé** disponible 24 h par jour, 7 jours sur 7 via le 811;
- **Fondation des maladies du cœur** coeuretavc.ca

Autres ressources :

- Disponibles à votre CLSC ou en ligne au www.osezlasanté.ca :
- **Centre d'éducation pour la santé (CES)** pour un bilan de vos habitudes de vie;
 - **Centre d'abandon du tabagisme (CAT)** pour vous aider à cesser de fumer.

RÉDACTION : Sylvie Aubin, infirmière clinicienne. COLLABORATION : Dr Henry Lapin, interniste et Micheline Hotte, inf., M.Éd., cadre intermédiaire, Direction des soins infirmiers. RÉVISION : Laetitia Olone Konzabi, inf. B.Sc, M.Sc.(c), conseillère en soins infirmiers.

HÔPITAL GÉNÉRAL
DU LAKESHORE

ACCUEIL CLINIQUE



FEUILLET D'ENSEIGNEMENT ET
TRAJECTOIRE DES RENDEZ-VOUS

Suspicion de fibrillation auriculaire (FA) > 48 h

VOS RENDEZ-VOUS :



- **Prélèvements sanguins (à jeun)**
Date et heure : _____
Lieu : Centre ambulatoire – Médecine de jour, local 1900
- **1^{er} électrocardiogramme**
Date et heure : _____
Lieu : Département de cardiologie - Rez-de-chaussée
- **2^e électrocardiogramme**
Date et heure : _____
Lieu : Département de cardiologie - Rez-de-chaussée
- **Consultation en Cardiologie**
Date et heure : _____
Lieu : *West Island Cardiovascular Clinic*

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

Québec



Qu'est-ce qu'une fibrillation auriculaire ou FA?

La fibrillation auriculaire (FA) est un problème de santé qui implique un rythme cardiaque irrégulier, aussi appelé « arythmie » qui consiste à un dérèglement de la fonction électrique du cœur.



Pourquoi consulter à l'Accueil clinique?

L'infirmière de l'Accueil clinique fera une évaluation de votre état de santé à l'aide d'un questionnaire qui sera suivi d'un électrocardiogramme (ECG) pour obtenir une lecture de l'activité électrique de votre cœur. Par la suite, selon le résultat, elle procédera à des tests sanguins.

L'infirmière de l'Accueil clinique garde un lien avec votre médecin ou votre infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL). Soyez rassuré(e) que les résultats de vos analyses de laboratoire et de vos examens diagnostiques lui seront envoyés.



Quelles sont les causes de la FA?

- Hypertension artérielle, la cause la plus fréquente
- Malformation cardiaque
- Infection ou inflammation du cœur (myocardite ou péricardite)
- Maladies qui endommagent les valvules cardiaques
- Hyperactivité thyroïdienne (hyperthyroïdie)
- Caillot sanguin au poumon (embolie pulmonaire)
- Maladie cardiaque congénitale
- Diabète
- Consommation excessive d'alcool
- Âge (la FA est plus fréquente chez les personnes âgées)
- Obésité

AVOIR DE SAINES HABITUDES DE VIE ET UNE VIE ACTIVE DIMINUENT LA PRÉDISPOSITION À L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE, LA CAUSE LA PLUS FRÉQUENTE DE LA FIBRILLATION AURICULAIRE.



Quels sont les signes et symptômes à surveiller?

Certaines personnes ne ressentent aucun symptôme. D'autres personnes peuvent ressentir un ou plusieurs de ces symptômes :

- Pouls irrégulier ou accéléré;
- Palpitations cardiaques ou battements rapides à la poitrine;
- Fatigue;
- Faiblesse ou perte de conscience.

Si vous ressentez parfois ces symptômes, parlez-en à votre médecin



Les symptômes suivants sont similaires à ceux d'une crise cardiaque :

- Inconfort, douleur ou pression à la poitrine;
- Étourdissements, sueurs, nausée;
- Essoufflement, particulièrement à l'effort ou dû à l'anxiété.



Si vous ressentez un ou plusieurs de ces symptômes, n'attendez pas votre rendez-vous à l'Accueil clinique et allez à l'urgence de l'hôpital dans les plus brefs délais. Lors de votre arrivée au triage de l'urgence, avisez l'infirmière que vous êtes en processus d'évaluation et de suivi à l'Accueil clinique et qu'il y a un risque potentiel de complication depuis votre dernière visite médicale.

Quels sont les risques et les complications?

La FA non traitée multiplie le risque de subir un accident vasculaire cérébral (AVC) ou de souffrir d'insuffisance cardiaque.

Pourrais-je poursuivre mes activités physiques?

Cela dépend habituellement de la gravité de vos symptômes. Il est possible de demeurer physiquement actif et de pratiquer des activités légères à modérées. Toute modification des habitudes de vie abaissant la pression artérielle (comme le fait de conserver un poids sain) est susceptible de réduire vos risques de fibrillation auriculaire et des complications liées à la maladie. Voici quelques exemples :

- Cesser de fumer;
- Diminuer le sucre, le sel et le gras dans votre alimentation;
- Limiter votre consommation d'alcool;
- Limiter le stress dans la mesure du possible.