



- HGL HLAS 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 514-367-8651 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

HGL HLAS 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>	
	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



Québec

HGL HLAS 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

N° dossier / Chart N° DDN/DOB Sexe/Sex

Nom / Name Prénom / First Name

Nom de la mère / Name of mother

Adresse / Address

Tel. / Tel.

N° assurance maladie / Medicare Card N° Expiration

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

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

- HGL HLAS 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 thrombocytopénie, 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 fluoxétine, paroxétine, citalopram, escitalopram, sertraline, venlafaxine, duloxétine 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

FEUILLE D'INSTRUCTION À REMETTRE À L'USAGER RÉFÉRÉ À L'ACCUEIL CLINIQUE

Bonjour,

Votre médecin ou l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne vous a référé à l'**Accueil clinique de l'Hôpital de LaSalle** pour des examens ou pour une consultation avec un médecin spécialiste.

L'infirmière clinicienne de l'Accueil clinique communiquera avec vous dès la réception de la demande de référence afin de vous donner un rendez-vous. Elle organisera pour vous la trajectoire de soins et services dont vous aurez besoin.

Assurez-vous qu'il sera facile de vous joindre rapidement **entre 8 h et 16 h du lundi au vendredi** (sauf les jours fériés).

À votre arrivée à l'hôpital, présentez-vous au **secrétariat des cliniques externes** situé à l'entrée principale pour vous enregistrer. Vous serez alors dirigé vers l'Accueil clinique, située au niveau du Rez-de-chaussée, aile C, local RC-009.

Lors de votre visite, veuillez avoir en main les éléments suivants :

- Votre carte d'assurance maladie (RAMQ) valide
- La liste à jour de tous vos médicaments

Pour toutes questions ou demandes d'information supplémentaires, veuillez communiquer avec l'infirmière clinicienne de l'Accueil clinique au numéro **514 362-8000 poste 32816**.

POUR SE RENDRE :



L'Hôpital de LaSalle est située à l'angle de l'avenue Dollard et du boul. Champlain.
Accès au stationnement via le boulevard Champlain.

Transport en commun :



Métro ligne verte station Angrignon – autobus 110 ou 495



Autobus 110, 112, 123, 495



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 : 514 362-8000 poste 32816;
- **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 DE LASALLE

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 : Accueil clinique - Rez-de-chaussée Aile C, local RC-009
- **1^{er} électrocardiogramme**
Date et heure : _____
Lieu : Département d'imagerie médicale - Rez-de-chaussée
- **2^e électrocardiogramme**
Date et heure : _____
Lieu : Département d'imagerie médicale - Rez-de-chaussée
- **Consultation en Médecine interne**
Date et heure : _____
Lieu : Accueil clinique - Rez-de-chaussée Aile C, local RC-009

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.