



Liste de contrôle pré-procédure d'hémodynamie

Transfert interhospitalier ou domicile

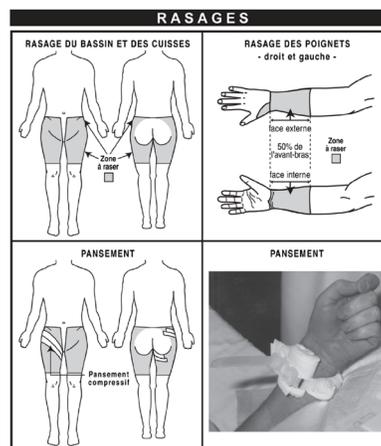
| | | | | |
|--|---|--|--------|---|
| Lieu de préparation : | | Médecin référant : | | |
| Tél. de l'unité : | | Fax : | | |
| Antécédents et condition de l'utilisateur | | | | |
| Masse : kg <input type="checkbox"/> contrôlée | | Taille : cm <input type="checkbox"/> contrôlée | | |
| Date de l'infarctus s'il y a lieu : | | | | |
| Procédures antérieures | <input type="checkbox"/> Cathétérisme | Date : | Lieu : | <input type="checkbox"/> Rapports télécopiés au (418) 656-4867 |
| | <input type="checkbox"/> Pontage aorto-coronarien | Date : | Lieu : | |
| Allergie aux produits de contraste iodés <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, administrer OC/protocole de votre centre | | | | |
| Allergie au latex <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, aviser au 418 656-4646 (Service hémodynamie/électrophysiologie) | | | | |
| Allergies ASA : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Allergie plavix: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, prévoir désensibilisation | | | | |
| Autres allergies : _____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> SARM <input type="checkbox"/> ERV <input type="checkbox"/> C.difficile <input type="checkbox"/> EPC <input type="checkbox"/> COVID <input type="checkbox"/> Autre : _____ | | | | |
| Si une case est cochée, aviser au 418 656-4646 (Service hémodynamie/électrophysiologie) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Usager anticoagulé: Pour les usagers anticoagulés, se référer à l'OC-037 mise à votre disposition sur le site internet de l'IUCPQ-ULaval. | | | | |
| <input type="checkbox"/> Usager diabétique de type 2 : Peut prendre ses antihyperglycémiantes et ses insulines le matin de la procédure à moins d'avis contraire du médecin traitant de votre centre. <ul style="list-style-type: none">• Ne pas administrer les iSGLT2 3 jours avant une procédure structurée (valvuloplastie par cathéter, fermeture de fuites péri-valvulaires, création de shunt inter auriculaire et CTO). À titre de référence, l'OC-155B est disponible sur le site internet de l'IUCPQ-ULaval. | | | | |
| <input type="checkbox"/> Usager diabétique de type 1 : Ajustement par médecin traitant ou selon protocole/OC de votre établissement. À titre de référence, l'OC-155C est disponible sur le site internet de l'IUCPQ-ULaval. | | | | |
| Usager présentant un DFGe < 30 mL/min/1,73m ² | | | | |
| <input type="checkbox"/> Prévention néphrotoxicité selon OC/protocole de votre établissement | | | | |
| À titre de référence, l'OC-034 sur le site internet de l'IUCPQ-ULaval. | | | | |
| Médication | | | | |
| <input type="checkbox"/> Enoxaparine (Lovenox®) <input type="checkbox"/> Daltéparine (Fragmin®) <input type="checkbox"/> Fondaparinux (Arixtra®) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Autre anticoag. : _____ | | Dernière dose date : | | heure : |
| TRANSFERT INTERHOSPITALIER | | | | |
| <input type="checkbox"/> Clopidogrel (Plavix) débuté Date : _____ Bolus de 300 mg reçu <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | | | | |
| <input type="checkbox"/> Autre antiplaquet. (dose totale reçue _____) | | Dernière dose date : | | heure : |
| <input type="checkbox"/> Feuille d'administration des médicaments (FADM) et profil pharmacologique (BCM) < 24h : encercler médication reçue et initialiser | | | | |

| Résultats d'examen (≤ 30 jours) et préparation de l'utilisateur (domicile et transfert) ***Transmettre copie des résultats*** | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Troponine (refaire si DRS, valide 24h et moins) | <input type="checkbox"/> Déjeuner léger (rôtie/café) le matin de la procédure |
| <input type="checkbox"/> Hb-Ht-Plaquettes, Ions, créatinine, DFGe | <input type="checkbox"/> Rasage (voir image) et asepsie |
| <input type="checkbox"/> Glycémie | <input type="checkbox"/> Bijoux, maquillage et vernis à ongle retirés |
| <input type="checkbox"/> BHCG sanguin qualitatif ≤ que 60 ans et si non hystérectomisée (valide moins de 24 h) | <input type="checkbox"/> Si disponible: épreuve d'effort/scintigraphie/échographie cardiaque |
| <input type="checkbox"/> TCA (si héparine I.V.) | <input type="checkbox"/> ECG (refaire si DRS, valide 24h et moins) |
| <input type="checkbox"/> RNI (≤ 30 jours ou si anticoagulé ≤ 24h pré-procédure) | <input type="checkbox"/> Si le résultat est ≥ 3.5, aviser l'IUCPQ |
| TRANSFERT INTERHOSPITALIER SEULEMENT : Préparation et documents à joindre | |
| <input type="checkbox"/> Résumé médical + notes infirmières + PTI | Cathéter I.V. #20 < 24h perméable bras gauche avec rallonge |
| <input type="checkbox"/> Photocopie AH-101 | <input type="checkbox"/> Jaquette à boutons pression |
| <input type="checkbox"/> Médication pour 24 heures + BCM + FADM ** Ne jamais envoyer d'opiacés** | <input type="checkbox"/> Vêtements pour retour et effets personnels pour 24 heures |
| <input type="checkbox"/> Rapport infirmier transmis la veille du transfert Nom inf. IUCPQ-ULaval : Unité : | Bracelets d'identification & d'allergie au bras gauche |

Annexer cette feuille complétée avec les autres documents nécessaires et remettre à l'utilisateur

Signature : _____ Titre : _____ Date : _____

| Enseignement et information à l'utilisateur |
|---|
| <input type="checkbox"/> Feuillet : Coronarographie : préparation à l'examen, coronarographie : examen et coronarographie : retour à la maison avec plaie au poignet |
| <input type="checkbox"/> Usager provenant du domicile avisé de se présenter à l'admission de l'IUCPQ-ULaval avec sa carte d'assurance-maladie et sa carte de l'IUCPQ-ULaval s'il y a lieu. |



➡ Pour plus d'information sur la préparation des usagers pré-procédure d'hémodynamie, SVP consulter le site internet de l'IUCPQ-UL, sous la rubrique *Zone professionnelle/Hémodynamie et électrophysiologie*
<https://www.iucpq.ca/zone-professionnelle/hemodynamie-et-electrophysiologie/> Révisé février 2024