

## Liste de contrôle pré-procédure d'hémodynamie

Transfert interhospitalier ou domicile

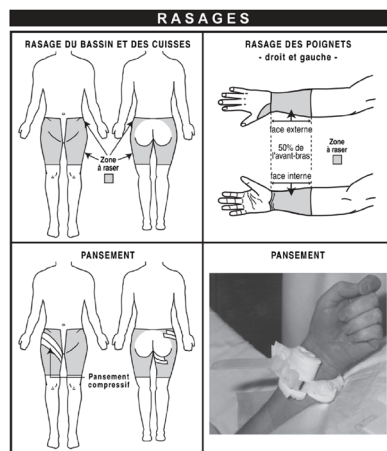
Lieu de préparation :		Médecin référant :		
Tél. de l'unité :		Fax :		
<b>Antécédents et condition de l'utilisateur</b>				
Masse : kg <input type="checkbox"/> contrôlée		Taille : cm <input type="checkbox"/> contrôlée		
Date de l'infarctus s'il y a lieu :				
Procédures antérieures	<input type="checkbox"/> Cathétérisme	Date :	Lieu :	<input type="checkbox"/> <b>Rapports télécopiés au (418) 656-4867</b>
	<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"/> <b>Si oui, administrer OC/protocole de votre centre</b>				
Allergie au latex <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> <b>Si oui, aviser au 418 656-4646</b> (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"/> <b>Si oui, prévoir désensibilisation</b>				
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 : _____				
<b>Si une case est cochée, aviser au 418 656-4646</b> (Service hémodynamie/électrophysiologie)				
<input type="checkbox"/> Usager anticoagulé: <b>Pour les usagers anticoagulés, se référer à l'OC-037 mise à votre disposition sur le site internet de l'IUCPQ-ULaval.</b>				
<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"> <li>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.</li> </ul> <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 <sup>2</sup>				
<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.				
<b>Médication</b>				
<input type="checkbox"/> Enoxaparine (Lovenox®) <input type="checkbox"/> Daltéparine (Fragmin®) <input type="checkbox"/> Fondaparinux (Arixtra®)				
<input type="checkbox"/> Autre anticoag. : _____		Dernière dose <b>date</b> :		<b>heure</b> :
<b>TRANSFERT INTERHOSPITALIER</b>				
<input type="checkbox"/> Clopidogrel ( <b>Plavix</b> ) débuté Date : _____		<b>Bolus de 300 mg reçu</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
<input type="checkbox"/> Autre antiplaquet. (dose totale reçue _____)		Dernière dose <b>date</b> :		<b>heure</b> :
<input type="checkbox"/> Feuille d'administration des médicaments ( <b>FADM</b> ) et profil pharmacologique ( <b>BCM</b> ) < 24h : encrer médication reçue et initialiser				

Résultats d'examen (≤ 30 jours) et préparation de l'usager (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'usager**

Signature : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Enseignement et information à l'usager
<input type="checkbox"/> Feuillet : Coronarographie : préparation à l'examen, coronarographie : examen et coronarographie : retour à la maison avec plaie au poignet
<input type="checkbox"/> <b>Usager provenant du domicile</b> 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 *Professionnels de la santé/Hémodynamie et électrophysiologie* <http://iucpq.qc.ca/fr/soins-et-services/autres-specialites-et-services/professionnels-de-lasante/hemodynamie-et-electrophysiologie> Révisé février 2024