

Ordonnance Collective pour les professionnels autorisés et/ou affiliés au CMIE Allergies Saisonnières

Date d'entrée en vigueur Juin 2019
Date de révision prévue Juin 2022

Référence à un protocole : Oui Non
Si oui, lequel :

Professionnels visés par l'ordonnance collective

Les professionnels de la santé tel que infirmiers(ères) et pharmaciens(nes) autorisés et/ou affiliés au CMIE Brossard et de ses points de services satellites offrant des soins et services aux patients de leurs cliniques médicales respectives ou de la pharmacie où ils exercent.

Activités réservées de l'infirmière en exécution de l'ordonnance collective

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier;
- Initier les mesures diagnostiques et thérapeutiques selon l'ordonnance collective;
- Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs selon l'ordonnance collective;
- Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance;
- Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes.
- Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance;

Activités réservées du pharmacien en exécution de l'ordonnance collective

- Préparer la médication et la remettre au patient en fournissant l'information non pharmacologique et pharmacologique sur son traitement et sa maladie;
- Surveiller la thérapie médicamenteuse;
- Initier et/ou ajuster la thérapie médicamenteuse selon une ordonnance;
- Prescrire un médicament lorsque aucun diagnostic n'est requis, selon une ordonnance.

Médecin répondant

Le nom du médecin répondant inscrit sur le formulaire utilisé pour l'application de l'ordonnance collective sera le médecin traitant du patient s'il y a lieu (Identifié dans la liste des médecins signataires). Si le patient n'a pas de médecin de famille ou si son médecin n'est pas celui ou celle dans la liste des signataires, le médecin signataire sera identifié comme médecin répondant.

Conditions de l'application de l'ordonnance

- L'infirmière et/ou le pharmacien doit s'assurer que le patient présente les signes et symptômes de la condition décrite dans l'ordonnance en suivant la feuille de route
- L'infirmière et/ou le pharmacien doit s'assurer qu'aucune contre-indication n'est présente pour exécuter l'ordonnance
- L'infirmière et/ou le pharmacien doit effectuer le suivi adéquat spécifié dans l'ordonnance
- L'infirmière et/ou le pharmacien doit informer le patient des signes et symptômes nécessitant l'arrêt de la thérapie et/ou l'orientation vers le médecin traitant, répondant ou une infirmière IPS
- Collaboration du médecin traitant ou répondant
- Informer le médecin répondant de son intervention auprès du patient en envoyant les documents par courriel ou par fax.
- L'infirmière doit signer et remettre à la personne le formulaire de liaison pour l'application de l'ordonnance collective à l'intention du pharmacien.
- À la réception du formulaire de liaison, le pharmacien doit s'assurer qu'il s'applique à une ordonnance collective en vigueur.
- Cette ordonnance collective n'est pas une thérapie initiée par un médecin ou une IPS donc elle ne pourra pas s'appliquer à l'activité de la loi 41 visant à prescrire un médicament pour une condition mineure (lorsque le diagnostic et le traitement sont connus).

Contre Indications générales

- Antécédents d'hypersensibilité ou d'allergie à l'un ou l'autre des médicaments proposés dans l'ordonnance
- Aucune des options de traitement ne peut être utilisées
- Maladies chroniques non contrôlées (HTA > 180mmHg, Diabète (glycémie > 20), maladies inflammatoires de l'intestin, angine instable, etc.)
- Insuffisance rénale sévère (Cl < 30 ml/min) et hépatique sévère
- Infarctus récent et nouveau diagnostic d'insuffisance cardiaque < 3 mois
- Immunosuppression (ex : VIH, cancer actif, greffe, prise de rx immunosuppresseurs, antinéoplasiques, corticostéroïdes oraux chroniques)
- Grossesse
- Situation particulière du patient selon le « jugement clinique » du professionnel de la santé
- Enfants < 2 ans

Intention thérapeutique (objectif de l'ordonnance)

Permettre l'accès à une thérapie médicamenteuse pour diminuer ou éliminer les manifestations physiques reliées aux allergies saisonnières pour un patient n'ayant pas accès à une ordonnance individuelle.

Groupe de personnes visées ou situation clinique visée

Tous les patients \geq 2 ans souffrant de symptômes reliés aux allergies saisonnières

Protocole d'évaluation clinique: compléter la « feuille de route de l'infirmière »

1. Signes Vitaux (si pertinents)

S'assurer que le patient est en bonne condition générale

Prise de la Température, Tension artérielle, Saturation, Rythme Respiratoire, Pouls

Inscrire toute information complémentaire pertinente s'il y a lieu

2. Évaluation de la condition

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Écoulement nasal avec sécrétions claires abondantes bilatérales | <input type="checkbox"/> Yeux rouges |
| <input type="checkbox"/> Éternuements à répétition | <input type="checkbox"/> Picotements des yeux ou sensation de brûlure légère |
| <input type="checkbox"/> Démangeaison du nez et de la gorge | <input type="checkbox"/> Larmolement clair bilatéral |
| <input type="checkbox"/> Congestion du nez et des sinus bilatérales | <input type="checkbox"/> Mal de tête |
| <input type="checkbox"/> Toux | |

3. Examen et/ou procédures

Si pertinent selon les signes et symptômes

4. Contre-Indications spécifiques (Signaux d'Alarme)

Le patient ne doit pas présenter les signaux d'alarme suivants. Si présence : le patient devra être référé à un médecin traitant ou une infirmière IPS

- Mauvais état général
- Fièvre, Nausées et Vomissements
- Symptômes de sinusite : rhinorrhée postérieure unilatérale, muco-purulente, douleur faciale/pression, maux de tête persistants
- Symptômes apparus à la suite d'une exposition à un polluant ou un irritant chimique connu et identifié
- Épistaxis (saignements de nez)
- Symptômes respiratoires importants (ex : Asthme décompensé)

5. Traitement médicamenteux

Antiallergiques topiques (corticostéroïdes intra-nasaux) ** 1^{er} recours car traitement le plus efficace **

Médicament Nom générique (nom commercial)	Posologie Adulte (12 ans et +)	Posologie Enfant
Fluticasone, furoate (Avamys®)	2 vaporisations dans chaque narine DIE (usage continu durant la période d'allergie)	2 ans à 11 ans : 1 vaporisation dans chaque narine DIE (usage continu durant la période d'allergie)
Fluticasone, propionate (Flonase®)	2 vaporisations dans chaque narine DIE (usage continu durant la période d'allergie) (max : 8 vaporisations /jour)	4 ans à 11 ans : 1 ou 2 vaporisations dans chaque narine DIE (usage continu durant la période d'allergie) (max 4 vaporisations/jour)
Mométasone (Nasonex®)	2 vaporisations dans chaque narine BID (usage continu durant la période d'allergie)	3 ans à 11 ans : 1 vaporisation dans chaque narine DIE (usage continu durant la période d'allergie)
Azélastine + fluticasone propionate (Dymista®)	1 vaporisation dans chaque narine BID (usage continu durant la période d'allergie)	N/A < 12 ans et > 12 ans : idem à l'adulte

Gouttes ophtalmiques (si symptômes oculaires importants)

Médicament Nom générique (nom commercial)	Posologie Adulte	Posologie enfant
Gouttes lubrifiantes (ex : systane, Refresh)	1 goutte dans les yeux PRN	1 goutte dans les yeux PRN
Kétotifène-opht gouttes 0.025% (Zaditor®)	Instiller 1 goutte dans les yeux aux 8 à 12 heures	Idem à l'adulte chez > 3 ans
Olopatadine gouttes opht 0.1% (Patanok®)	Instiller 1 goutte dans les yeux BID à intervalle d'au moins 6 heures.	Idem à l'adulte chez > 3 ans
Olopatadine gouttes opht 0.2% (Pataday®)	Instiller 1 goutte dans les yeux DIE	Idem à l'adulte chez > 2 ans

Antihistaminiques oraux (souvent insuffisants en monothérapie)

Médicament Nom générique (nom commercial)	Posologie Adulte	Posologie enfant
Diphenhydramine (Benadryl®)	25-50 mg QID dose maximale 300 mg/jour	5 mg/kg/jour (QID) < 6 ans : 37,5 mg/jour maximum 6 à 11 ans : 150 mg/jour maximum > 12 ans : idem à l'adulte
Cétirizine (Réactine®)	5-20 mg DIE	2 à 5 ans : 2,5 mg DIE (on peut augmenter ad 5 mg/jour (DIE-BID) 6 à 12 ans : 10 mg/jour DIE-BID
Loratadine (Claritin®)	10 mg DIE	≥ 2 ans : selon le poids ≤ 30 kg : 5 mg DIE > 30 kg : 10 mg DIE
Desloratadine (Aerius®)	5 mg DIE	2 à 5 ans : 1,25 mg DIE 6 à 11 ans : 2,5 mg DIE ≥ 12 ans : idem à l'adulte
Bilastine (Blexten®)	20 mg DIE (à jeun)	≥ 12 ans : idem à l'adulte
Rupatadine (Ruppal®)	10 mg DIE	2-11 ans : selon le poids 10 à 25 kg : 2,5 mg DIE > 25 kg : 5 mg DIE ≥ 12 ans : idem à l'adulte

Traitements complémentaires

Médicament Nom générique (nom commercial)	Posologie Adulte	Posologie enfant
Sinus Rince ou irrigation eau saline	À faire au besoin ad QID	À faire au besoin ad QID
Décongestionnant topique (ex : Otrivin)	1 vaporisation BID PRN x 3-5 jours	N/A
Montelukast (Singulair®) * efficacité supérieure chez patient asthmatique	10 mg DIE HS	> 14 ans : idem à l'adulte
Ipratropium (Atrovent®) 0,03% * diminue les sécrétions nasales importantes	2 vaporisations TID	> 12 ans : idem à l'adulte

6. Signes et symptômes nécessitant l'arrêt de la thérapie et l'orientation vers un médecin traitant ou une infirmière IPS

SVP INFORMER LE PATIENT des signes et symptômes nécessitant l'arrêt de la thérapie et l'orientation vers un médecin traitant ou une IPS si :

- Réaction allergique à la médication
- Détérioration de l'état général
- Aucune amélioration des symptômes après 2 semaines de traitement

7. Suivi du patient

- Contacter le patient après 1 à 2 semaines pour valider si amélioration de la condition médicale;
- Valider l'efficacité, innocuité et adhésion au traitement;
- S'il y a lieu, référer au médecin ou à l'infirmière IPS

PROFESSIONNELS AUTORISÉS À UTILISER CETTE ORDONNANCE

La liste des professionnels autorisés à utiliser les ordonnances collectives au nom du Dr Desautels est disponible dans un document en annexe aux ordonnances collectives. Vous pouvez aussi vous procurer la liste en prenant contact avec la clinique médicale CMJE.

La clinique se fera un plaisir de vous envoyer la liste officielle et à jour.

(TEL. : 450-332-2430 ou FAX : 579-720-6850 ou info@clinique-cmie.com)

ÉLABORÉE PAR:					
Nom	# permis	Signature	Date	Téléphone	Télocopieur
Caroline Yale Pharmacienne	201153		11 sept. 2018	450-431-5151	450-431-6572

ELABORÉE ET VALIDÉE PAR:					
Nom	# permis	Signature	Date	Téléphone	Télocopieur
Dr Lyne Desautels Médecin généraliste	196063		11 sept. 2018	450-332-2430	579-720-6850

RÉVISÉE PAR:					
Nom	# permis	Signature	Date	Téléphone	Télocopieur
Fredérique Charet-Denault Pharmacienne	214885		12-9-2018	450-431-5151	450-431-6572
Audrey Verville Infirmière praticienne spécialisée (IPS)	2020226 (ORQ) 810038 (RAMQ)		13-09-2018	450-332-2430	579-720-6850

MEDECIN RÉPONDANT:					
Nom	# permis	Signature	Date	Téléphone	Télocopieur
Dr Lyne Desautels Médecin généraliste	196063		11 sept. 2018	450-332-2430	579-720-6850

Références/Sources consultées au mois de mai 2018

ABCPC - loi -41 - Rhinite allergique

Vigilance Santé

Up to date

Pages Bleues Québec Pharmacie Le traitement de la rhinite allergique (mai 2007)

Whitton,Éric Les yeux rouges quand traiter et quand diriger le patient vers un médecin

FEUILLE DE ROUTE DE L'INFIRMIÈRE – ORDONNANCE COLLECTIVES ALLERGIES SAISONNIÈRES

Étiquette Patient ICI ou Identification du patient

Nom :

Adresse :

Téléphone :

DDN ou NAM :

Poids si pertinent : _____ lbs _____ kg

Allergies : Non

Oui ; _____

Date de la consultation : _____

Signes Vitaux (si pertinent)

T ° _____ TA : _____ Saturation : _____ RR : _____ Pouls : _____

Information complémentaire :

Évaluation du patient

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Écoulement nasal avec sécrétions claires abondantes bilatérales | <input type="checkbox"/> Yeux rouges |
| <input type="checkbox"/> Éternuements à répétition | <input type="checkbox"/> Picotements des yeux ou sensation de brûlure légère |
| <input type="checkbox"/> Démangeaison du nez et de la gorge | <input type="checkbox"/> Larmoiement clair bilatéral |
| <input type="checkbox"/> Congestion du nez et des sinus bilatérales | <input type="checkbox"/> Mal de tête |
| <input type="checkbox"/> Toux | |

Contre-Indications générales

- Antécédents d'hypersensibilité ou d'allergie à l'un ou l'autre des médicaments proposés dans l'ordonnance
- Aucune des options de traitement ne peut être utilisées
- Maladies chroniques non contrôlées (HTA > 180mmHg, Diabète (glycémie > 20), maladies inflammatoires de l'intestin, angine instable, etc.)
- Insuffisance rénale sévère (Cl < 30 ml/min) et hépatique sévère
- Infarctus récent et nouveau diagnostic d'insuffisance cardiaque < 3 mois
- Immunosuppression (ex : VIH, cancer actif, greffe, prise de rx immunosuppresseurs, antinéoplasiques, corticostéroïdes oraux chroniques)
- Grossesse
- Situation particulière du patient selon le « jugement clinique » du professionnel de la santé : _____
- Enfants < 2 ans

Contre-Indications spécifiques (présences de signaux d'alarme)

- Mauvais état général
- Fièvre, Nausées et Vomissements
- Symptômes de sinusite : rhinorrhée postérieure unilatérale, muco-purulente, douleur faciale/pression, maux de tête persistants
- Symptômes apparus à la suite d'une exposition à un polluant ou un irritant chimique connu et identifié
- Épistaxis (saignements de nez)
- Symptômes respiratoires importants (ex : Asthme décompensé)

SVP INFORMER LE PATIENT des signes et symptômes nécessitant l'arrêt de la thérapie et l'orientation vers un médecin traitant ou une infirmière IPS si :

- Réaction allergique à la médication
- Détérioration de l'état général
- Aucune amélioration des symptômes après 2 semaines de traitement

Notes supplémentaires :

CONDUITE :

- Ce patient peut obtenir une thérapie médicamenteuse pour cette situation clinique (REPLIR FORMULAIRE LIAISON PHARMACIEN);
- Ce patient sera réévaluer par le professionnel de la santé ayant exécuté l'ordonnance dans _____ jours;
- Ce patient est référé à un médecin ou infirmière IPS (urgence, clinique médicale, télé-médecine)
- Ce patient NE peut obtenir un traitement parce qu'il présente des contre-indications ou sa condition ne correspond pas aux critères de l'ordonnance.

Ordonnance exécutée par un des professionnels de la santé autorisés et/ou affiliés au CMIE :

Nom : _____ # permis : _____ Signature : _____

*SVP FAIRE SUIVRE CE DOCUMENT + FORMULAIRE DE LIAISON AU PHARMACIEN AU CMIE PAR FAX AU 579-720-6850 OU PAR COURRIEL À INFO@CLINIQUE-CMIE.COM *

FORMULAIRE DE LIAISON DE L'INFIRMIÈRE AU PHARMACIEN ; ORDONNANCE COLLECTIVE ALLERGIES SAISONNIÈRES

** Cette OC ne pourra pas s'appliquer à l'activité de la loi 41 qui permet de prescrire un médicament pour une condition mineure car cette ordonnance n'a pas été initiée par un MD ou une IPS **

Étiquette Patient ICI ou Identification du patient Nom : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ DDN ou NAM : _____	Poids si pertinent : _____ lbs _____ kg Allergies : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ; _____ Date de la consultation : _____
--	--

Identification de la pharmacie Nom : _____	Téléphone : _____ Fax : _____
--	----------------------------------

Ce formulaire représente le formulaire original. Le pharmacien identifié est le seul destinataire. L'original ne sera pas réutilisé.

J'ai procédé à l'évaluation de ce patient. Il est un candidat pour recevoir un traitement pour cette ordonnance. Aucune des contre-indications de l'ordonnance n'est présente.

Traitement

Choix	Médicament Nom générique (nom commercial)	Posologie Adulte (12 ans et +)	Posologie Enfant	Ren
	Fluticasone, furoate (Avamys®)	2 vaporisations dans chaque narine DIE (usage continu durant la période d'allergie)	2 ans à 11 ans : 1 vaporisation dans chaque narine DIE (usage continu durant la période d'allergie)	
	Fluticasone, propionate (Flonase®)	2 vaporisations dans chaque narine DIE (usage continu durant la période d'allergie) (max : 8 vaporisations /jour)	4 ans à 11 ans : 1 ou 2 vaporisations dans chaque narine DIE (usage continu durant la période d'allergie) (max 4 vaporisations/jour)	
	Mométasone (Nasonex®)	2 vaporisations dans chaque narine BID (usage continu durant la période d'allergie)	3 ans à 11 ans : 1 vaporisation dans chaque narine DIE (usage continu durant la période d'allergie)	
	Azélastine + fluticasone propionate (Dymista®)	1 vaporisation dans chaque narine BID (usage continu durant la période d'allergie)	N/A < 12 ans / ≥ 12 ans : idem à l'adulte	
	Gouttes lubrifiantes (ex : systane, Refresh)	1 goutte dans les yeux PRN	1 goutte dans les yeux PRN	
	Kétotifène-opht gouttes 0.025% (Zaditor®)	Instiller 1 goutte dans les yeux aux 8 à 12 heures PRN	Idem à l'adulte chez > 3 ans	
	Olopatadine gouttes opht 0.1% (Patanol®)	Instiller 1 goutte dans les yeux BID à intervalle d'au moins 6 heures PRN	Idem à l'adulte chez > 3 ans	
	Olopatadine gouttes opht 0.2% (Pataday®)	Instiller 1 goutte dans les yeux DIE PRN	Idem à l'adulte chez > 2 ans	
	Diphényldramine (Benadryl®)	25-50 mg QID PRN (dose maximale 300 mg/jour)	5 mg/kg/jour (QID) PRN (< 6 ans : 37,5 mg/jour max / 6 à 11 ans : 150 mg/jour max) > 12 ans : idem à l'adulte	
	Cétirizine (Réactine®)	5-20 mg DIE PRN	2 à 5 ans : 2,5 mg DIE PRN (on peut augmenter ad 5 mg/jour (DIE-BID) 6 à 12 ans : 10 mg/jour DIE-BID	
	Loratadine (Claritin®)	10 mg DIE PRN	≥2 ans selon le poids : ≤ 30 kg 5 mg DIE ou > 30 kg 10 mg DIE	
	Desloratadine (Aerius®)	5 mg DIE PRN	2 à 5 ans : 1,25 mg DIE PRN / 6 à 11 ans : 2,5 mg DIE PRN ≥ 12 ans : idem à l'adulte	
	Bilastine (Blexten®)	20 mg DIE (à jeun) PRN	≥ 12 ans : idem à l'adulte	
	Rupatadine (Ruppal®)	10 mg DIE PRN	2-11 ans selon le poids : 10 à 25 kg 2,5 mg DIE PRN ou > 25 kg 5 mg DIE PRN ≥ 12 ans : idem à l'adulte	
	Sinus Rince ou irrigation eau saline	À faire au besoin ad QID PRN	À faire au besoin ad QID	
	Décongestionnant topique (ex : Otrivin)	1 vaporisation BID PRN x 3-5 jours	N/A	
	Montelukast (Singulair®)	10 mg DIE HS	> 14 ans : idem à l'adulte	
	Ipratropium (Atrovent®) 0.03%	2 vaporisations TID PRN	> 12 ans : idem à l'adulte	

Note au pharmacien :

- SI PATIENT SOUS COUMADIN : SVP FAIRE SUIVI INR APPROPRIÉ SI NÉCESSAIRE
- SI PATIENT INSUFFISANT RÉNAL ET/OU HÉPATIQUE : SVP AJUSTER LA DOSE DU TRAITEMENT SELON LES RECOMMANDATIONS

INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE AU PHARMACIEN : _____

Ordonnance exécutée par un des professionnels de la santé autorisés et/ou affiliés au CMIE :		
Nom : _____	# permis : _____	Téléphone : _____
Signature : _____	Date : _____	
Médecin Répondant pour l'ordonnance collective : Dr LYNE DESAUTELS # 196063		

Pour toutes questions concernant le contenu de cette ordonnance collective : <https://www.clinique-cmie.com> onglet Informations / Ordonnances Collectives
 Ordonnance collective pour les professionnels autorisés et/ou affiliés au CMIE et de ses points de services * 450-332-2430 *
 Toute reproduction pour fin d'utilisation en dehors des professionnels autorisés et/ou affiliés au CMIE est interdite.