

Ordonnance Collective pour les professionnels autorisés et/ou affiliés au CMIE Aptes buccaux

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 maladie 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 spécifier 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

Intention thérapeutique (objectif de l'ordonnance)

Permettre l'accès à une thérapie médicamenteuse pour soulager l'inconfort, l'intensité des douleurs ainsi que la durée des lésions due à un aphte buccal pour un patient n'ayant pas accès à une ordonnance individuelle.

Groupe de personnes visées ou situation clinique visée

Tous les patients souffrant d'un/des aphte(s) buccal (aux)

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

1. Signes Vitaux (si pertinent)

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

Identifier clairement la condition du patient selon les critères inscrits ci-bas;

- présence lésions rondes ou ovales et douloureuses entourées d'un halo érythémateux
- recouverts d'une pseudomembrane blanche, jaune ou grise
- présence de 1 à 5 aphtes maximum
- diamètre de moins de 1 cm
- lésions présentes sur les muqueuses des lèvres, sur les joues, sous la langue et sur le côté.

3. Examen et/ou procédures

Si pertinent selon les signes et symptômes présents

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 ou une IPS

- Mauvais état général
- Fièvre, Nausées et Vomissements
- Plus de 6 épisodes aphtes par année
- Ulcères qui perdurent > 21 jours
- Perte de poids
- Difficulté importante à manger, boire, mâcher et avaler
- Lésions ne pouvant être visuellement confirmée
- Contact oral ou sexuel avec une personne ayant les mêmes symptômes (suggère possibilité de mononucléose ou syphilis)
- Diarrhée récurrente avec sang ou mucus (ex : maladie inflammatoire de l'intestin)
- Signes d'une uvéite ou conjonctivite (ex : maladie de Behcet ou syndrome de Reiter)
- Présence d'une large lésion épaissie et blanche au niveau de la muqueuse de la joue, des gencives ou de langue chez un fumeur

5. Traitement médicamenteux

Pour tous

Médicament <i>Nom générique (nom commercial)</i>	Posologie
Triamcinolone acétonide (Oracort® 0,1%) (pâte buccale) Tube de 7.5 g	Appliquer localement en petite quantité sur la surface de la lésion. Utilisation 3-4 fois par jour après les repas et au coucher (maximum de 2 semaines chez les moins de 12 ans)
Chlorhexidine 0,12% (Peridex ®Periogard®) (473 ml)	Gargariser avec 15 ml de solution durant 1 minute puis crachez 2 fois par jour > 1 an
Rince bouche magique Diphenhydramine élixir 12,5 mg/ml : 120 ml Nystatin 100 000 un/ml suspension : 30 ml Cortef 10 mg : 5 comprimés Eau stérile pour irrigation : 100 ml Total : 250 ml	Gargariser puis avaler avec 15 ml de solution QID après les repas et au coucher > 6 ans (selon votre jugement clinique)

Traitement complémentaire

Médicament Nom générique (nom commercial)	Posologie Enfant	Posologie Adulte
Acétaminophène (Tyléno [®])	15 mg/kg/dose q4-6 hrs (max de 5 doses / 24 hrs)	325 mg ; 1 à 3 comprimés q 4-6 hrs PRN 500 mg ; 1 à 2 comprimés q 4-6 hrs PRN (max de 4000 mg/jr)
Ibuprofène (Advil [®] Motrin [®])	10 mg/kg/dose q 6-8 hrs (max de 4 doses / 24 hrs)	200 mg ; 1 à 2 comprimés q 4-6 hrs PRN (max de 2400 mg/jour)
Orabase	Application PRN	Application PRN

D'autres traitements en vente libre tel que : se rincer la bouche avec le produit Peroxy[®] ou avec le produit Amosan[®], se badigeonner les aphtes 2 à 3 fois par jour avec du lait de magnésie, appliquer de la teinture de myrthe non diluée à l'aide d'un coton tige 2 à 3 fois par jour ou se rincer la bouche avec une solution constituée de 30 ml d'eau tiède et de 10-15 gouttes de teinture de myrthe.

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 infirmière IPS si :

- Réaction allergique à la médication
- Détérioration de l'état général
- Aucune amélioration des symptômes après 3 jours de traitement

7. Suivi du patient

- Contacter le patient après 3 jours 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 CMIE.

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

ÉLABORÉE 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
Frédérique Chauré-Denaut Pharmacienne	214885		11 7 2018	450-431-5151	450-431-6572
Audrey Verville infirmière praticienne spécialisée (IPS)	2020226 (OIQ) 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

- Vigilance Santé
- ABCPQ – AphleS buccaux
- Up to date
- Traitement des problèmes buccaux – Produit en vente libre. Québec Pharmacie. février-mars 2011

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.

FEUILLE DE ROUTE DE L'INFIRMIÈRE – ULCÈRES BUCCAUX

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"/> Présence lésions rondes ou ovales et douloureuses entourées d'un halo érythémateux | <input type="checkbox"/> Présence de 1 à 5 aphtes maximum |
| <input type="checkbox"/> Recouverts d'une pseudomembrane blanche, jaune ou grise | <input type="checkbox"/> Diamètre de moins de 1 cm |
| <input type="checkbox"/> Lésions présentes sur les muqueuses des lèvres, sur les joues, sous la langue et sur le côté | |

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 : _____

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mauvais état général | <input type="checkbox"/> Fièvre, Nausées et Vomissements |
| <input type="checkbox"/> Plus de 6 épisodes aphtes par année | <input type="checkbox"/> Ulcères qui perdurent > 21 jours |
| <input type="checkbox"/> Perte de poids | <input type="checkbox"/> Difficulté importante à manger, boire, mâcher et avaler |
| <input type="checkbox"/> Diarrhée récurrente avec sang ou mucus (ex : maladie inflammatoire de l'intestin) | <input type="checkbox"/> Lésions ne pouvant être visuellement confirmées |
| <input type="checkbox"/> Signes d'une uvéite ou conjonctivite (ex : maladie de Behçet ou syndrome de Reiter) | |
| <input type="checkbox"/> Contact oral ou sexuel avec une personne ayant les mêmes symptômes (suggère possibilité de mononucléose ou syphilis) | |
| <input type="checkbox"/> Présence d'une large lésion épaissie et blanche au niveau de la muqueuse de la joue, des gencives ou de langue chez un fumeur | |

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 3 jours 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 une 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 *

*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.

FORMULAIRE DE LIAISON DE L'INFIRMIÈRE AU PHARMACIEN ; ORDONNANCE COLLECTIVE ULCÈRES BUCCAUX

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 <i>Nom générique (nom commercial)</i>	Posologie	Quantité prescrite
	Triamcinolone acétonide (Oracort® 0,1%) (pâte buccale) Tube de 7.5 g	Appliquer localement en petite quantité sur la surface de la lésion. Utilisation 3-4 fois par jour après les repas et au coucher (maximum de 2 semaines chez les moins de 12 ans)	
	Chlorhexidine 0,12% (Peridex®/Periogard®) (473 ml)	Gargariser avec 15 ml de solution durant 1 minute puis crachez 2 fois par jour > 1 an	
	Rince bouche magique Diphenhydramine élixir 12,5 mg/ml : 120 ml Nystatin 100 000 un/ml suspension : 30 ml Cortef 10 mg : 5 comprimés Eau stérile pour irrigation : 100 ml Total : 250 ml	Gargariser puis avaler avec 15 ml de solution QID après les repas et au coucher > 6 ans (selon votre jugement clinique)	

Traitements complémentaires

Choix	Médicament <i>Nom générique (nom commercial)</i>	Posologie Enfant	Posologie Adulte	Quantité prescrite
	Acétaminophène (Tylenol®)	<input type="checkbox"/> 15 mg/kg/dose q4-6 hrs (max de 5 doses / 24 hrs)	<input type="checkbox"/> 325 mg ; 1 a 3 comprimés q 4-6 hrs PRN <input type="checkbox"/> 500 mg ; 1 a 2 comprimés q 4-6 hrs PRN (max de 4000 mg/jr)	
	Ibuprofène (Advil® Motrin®)	<input type="checkbox"/> 10 mg/kg/dose q 6-8 hrs (max de 4 doses / 24 hrs)	<input type="checkbox"/> 200 mg ; 1 a 2 comprimés q 4-6 hrs PRN (max de 2400 mg/jour)	
	Orabase	Application PRN	Application PRN	

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.