

Ordonnance Collective pour les professionnels autorisés et/ou affiliés au CMIE Feux Sauvage

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 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 praticienne spécialisée
- 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 < 12 ans

Intention thérapeutique (objectif de l'ordonnance)

Permettre l'accès à une thérapie médicamenteuse pour soulager les malaises et inconfort lié à une infection d'herpès labial pour un patient n'ayant pas accès à une ordonnance individuelle.

Groupe de personnes visées ou situation clinique visée

Tous les patients ≥ 12 ans présentant des signes et symptômes relié à un feu sauvage

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 si jugée utile

Inscrire toute information complémentaire pertinente s'il y a lieu

2. Évaluation de la condition

Identifier clairement la condition du patient selon la liste des symptômes inscrits ci-bas;

- Prodrome (picotement, démangeaison, sensation de brûlure, engourdissements ou sensation d'enflure)
- Lésions rosées douloureuses (bulles contenant un liquide)
- Croûtes
- Lésions présentes sur les lèvres, intérieurs des joues, langue, gorge, nez
- Lésions apparaissant souvent après un épisode de fièvre, exposition au soleil, au froid, menstruations, fatigue, stress, etc.

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, Frissons, Nausées, Vomissements, léthargie)
- Lésions sévères
- Lésions oropharyngées ou oculaires
- Lésions présentes > 14 jours
- Lésions présentant une surinfection : extrêmement rouge, gonflées, et contenant du pus
- Plus de 6 épisodes au cours des 12 derniers mois

5. Traitement médicamenteux

(> 12 ans)

Médicament Nom générique (nom commercial)	Posologie
Acyclovir topique + hydrocortisone topique (Xerese®) (5g) (1 ^{er} choix topique)	Appliquer 5x par jour x 5 jours
Acyclovir topique (Zovirax®) pommade (4g) ou crème (5g) (la crème serait + efficace) (2 ^e choix topique)	Appliquer généreusement 5 à 6 fois par jour dès les premiers symptômes x 4 jours
Acyclovir oral (Zovirax®) (prise multiple donc moins bonne observance)	200 mg 5 fois par jour x 5 jours 400 mg 3-5 fois par jour x 5 jours
Famciclovir (Famvir®)	1500 mg dose unique ou 750 mg BID x 2 doses
Valacyclovir (Valtrex®) (choix le plus populaire)	2000 mg BID x 2 doses aux premiers signes

Traitements complémentaires

Médicament Nom générique (nom commercial)	Posologie
Héparine + sulfate de zinc (Lipactin) (traitement vente libre donc pas RAMQ)	3 à 6 fois par jour
Acétaminophène (Tylenol®)	<input type="checkbox"/> 325 mg ; 1 à 3 comprimés q 4-6 hrs PRN <input type="checkbox"/> 500 mg ; 1 à 2 comprimés q 4-6 hrs PRN (max de 4000 mg/jr)
Ibuprofène (Advil® Motrin®)	200 mg ; 1 à 2 comprimés q 4-6 hrs PRN (max de 2400 mg/jour)

6. Signes et symptômes nécessitant l'arrêt de la thérapie et l'orientation vers un médecin traitant ou une 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 7 jours

7. Suivi du patient

- Contacter le patient après 7 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 une 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	Télécopieur
Caroline Yale Pharmacienne	201153		11 sept. 2018	450-431-5151	450-431-6572

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

RÉVISÉE PAR:					
Nom	# permis	Signature	Date	Téléphone	Télécopieur
Frédérique Charet-Denaut Pharmacienne	214885		11. 9. 2018	450-431-5151	450-431-6572
Audrey Verville Infirmière praticienne spécialisée (IPS)	2020226 (OIIQ) 810038 (RAMQ)		13-09-2018	450-332-2430	579-720-6850

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

Références/Sources consultées au mois de mai 2018

ABCPQ – loi 41 – Herpès Labial

Vigilance Santé

À votre service sans ordonnance : Traitement des problèmes buccaux – produits en vente libre (2^e partie) ; Québec Pharmacie avril-mai 2011;

Nicolas Dugré

À vos soins : Herpès simplex : la maladie du baiser; Québec Pharmacie juillet-août 2005; Nicolas Bertrand

Ordonnance collective pour les professionnels autorisés et/ou affiliés au CMIE et de ses points de services * 450-332-2430 *
Toute reproduction pour un utilisateur en dehors des professionnels autorisés et/ou affiliés au CMIE est interdite.

FEUILLE DE ROUTE DE L'INFIRMIÈRE – ORDONNANCE COLLECTIVE FEUX SAUVAGE

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

- Prodrome (picotement, démangeaison, sensation de brûlure, engourdissements ou sensation d'enflure)
- Lésions rosées douloureuses (bulles contenant un liquide)
- Croûtes
- Lésions présentes sur les lèvres, intérieurs des joues, langue, gorge, nez
- Lésions apparaissant souvent après un épisode de fièvre, exposition au soleil, menstruations, fatigue, stress

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 : _____
- Patient < 12 ans

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

- Mauvais état général (Fièvre, Frissons, Nausées, Vomissements, léthargie)
- Lésions sévères
- Lésions oropharyngées ou oculaires
- Lésions présentes > 14 jours
- Lésions présentant une surinfection : extrêmement rouge, gonflées, et contenant du pus
- Plus de 6 épisodes au cours des 12 derniers mois

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 7 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 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 FEUX SAUVAGE

** 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.

Traitements (> 12 ans)

Choix	Médicament <i>Nom générique (nom commercial)</i>	Posologie	Quantité + Renouvellements
	Acyclovir topique + hydrocortisone topique (Xerese®) (5g) (1 ^{er} choix topique)	Appliquer 5x par jour x 5 jours	
	Acyclovir topique (Zovirax®) pommade (4g) ou crème (5g) (la crème serait + efficace) (2 ^e choix topique)	Appliquer généreusement 5 à 6 fois par jour dès les premiers symptômes x 4 jours	
	Acyclovir oral (Zovirax®) (prise multiple donc moins bonne observance)	200 mg 5 fois par jour x 5 jours 400 mg 3-5 fois par jour x 5 jours	
	Famciclovir (Famvir®)	1500 mg dose unique ou 750 mg BID x 2 doses	
	Valacyclovir (Valtrex®) (choix le plus populaire)	2000 mg BID x 2 doses aux premiers signes	

Traitements complémentaires

Médicament <i>Nom générique (nom commercial)</i>	Posologie	Quantité + Renouvellements
Héparine + sulfate de zinc (Lipactin) (traitement vente libre donc pas RAMQ)	3 à 6 fois par jour	
Acétaminophène (Tylenol®)	<input type="checkbox"/> 325 mg ; 1 à 3 comprimés q 4-6 hrs PRN <input type="checkbox"/> 500 mg ; 1 à 2 comprimés q 4-6 hrs PRN (max de 4000 mg/jr)	
Ibuprofène (Advil® Motrin®)	200 mg ; 1 à 2 comprimés q 4-6 hrs PRN (max de 2400 mg/jour)	

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.*