

Ordonnance Collective pour les professionnels autorisés et/ou affiliés au CMIE Irritation de l'œil

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 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
- Glaucome connu

Intention thérapeutique (objectif de l'ordonnance)

Permettre l'accès à une thérapie médicamenteuse pour soulager et traiter les symptômes d'irritation de l'œil pour un patient n'ayant pas accès à une ordonnance individuelle.

Groupe de personnes visées ou situation clinique visée

Tous les patients présentant des symptômes d'irritation de l'œil

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

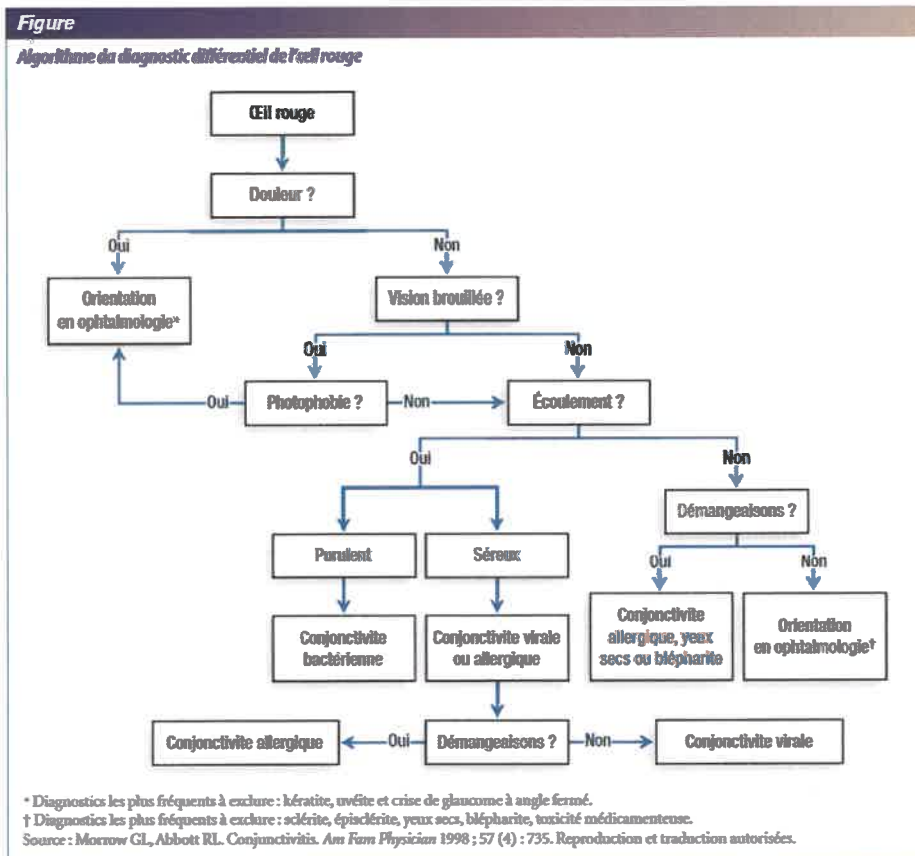
Inscrire toute information complémentaire pertinente s'il y a lieu

2. Évaluation de la condition

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

- Écoulements (jaunâtres et purulents)
- Légère enflure au niveau des yeux (œdème palpébrale)
- Paupières collées
- Picotements/démangeaisons
- Érythèmes des conjonctives (rougeurs)
- Sensation de brûlure ou égratignure
- Larmoiement

3. Examen et/ou procédures



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 à une IPS

- Mauvais état général
- Fièvre, Nausées et Vomissements
- Maux de tête sévères
- Douleur vive aux yeux
- Douleur en regardant la lumière avec larmoiement intense
- Sensation de pression dans l'œil
- Changements de l'acuité visuelle
- Symptômes présents depuis > 1 semaine ou jugement clinique
- Contexte possible de pénétration d'un corps étranger dans l'œil

5. Traitement médicamenteux * Il accélère la guérison, diminue la propagation interindividuelle et diminue les complications.

Enfant (< 12 ans)

Médicament <i>Nom générique (nom commercial)</i>	Posologie
Érythromycine onguent (Ilotycin®)	Appliquer dans l'œil gros comme un poids QID x 7 jours
Acide fusidique (collyre) (Fucitalmic®) (≥ 2 ans)	1 goutte BID x 7 jours
Tobramycine (Tobrex®) (≥ 2 mois)	Pommade : application gros comme un poids BID à TID x 7 jours Goutte : 1 goutte QID x 7 jours -
Cipro (Ciloxan®) (> 1 an)	Pommade : application gros comme un poids TID x 2 jours puis BID x 5 jours Goutte : 1 à 2 gouttes QID x 7 jours

Adulte (≥ 12 ans)

Médicament <i>Nom générique (nom commercial)</i>	Posologie
Acide fusidique collyre (Fucitalmic®)	1 goutte BID x 7 jours
Érythromycine onguent (Ilotycin®)	Appliquer gros comme un poids QID x 7 jours
Cipro (Ciloxan®) <i>1^{er} choix si lentilles</i>	Pommade : application gros comme un poids TID x 2 jours puis BID x 5 jours Goutte : 1 à 2 gouttes QID x 7 jours
Tobramycine (Tobrex®)	Pommade : application gros comme un poids BID à TID x 7 jours Goutte : 1 goutte QID x 7 jours
Tobramycine + dexaméthasone (Tobradex®)	Pommade : Application gros comme un poids BID à TID x 7 jours Goutte : 2 gouttes QID x 7 jours
Dexaméthasone (Maxidex®)	Pommade : appliquer TID à QID x 7 jours Goutte : 1 à 2 gouttes QID x 7 jours

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

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
- Troubles visuels qui apparaissent
- Conjonctivite réapparaît rapidement

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 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	450-431-6151	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 Chaurat-Denault Pharmacienne	214885		11-9-2018	450-431-6151	450-431-6572
Audrey Verville Infirmière praticienne spécialisée (IPS)	2020226 (ORQ) 610038 (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 – Conjonctivite allergique

Vigilance Santé

« Les yeux rouges quand traiter et quand diriger le patient vers un médecin » Eric Whitton

Quels antibiotiques privilégier en pédiatrie dans le traitement de la conjonctivite bactérienne ? Québec Pharmacie, juin 2010, vol. 57, numéro 3, page 11-12 (place aux questions)

Le médecin du Québec, volume 44, numéro 8, août 2009 : Les gouttes ophtalmiques antibiotiques, comment y voir plus clair !

(Kim Messier et Michel Lapierre)

Up to date

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 – IRRITATION DE L'ŒIL

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"/> Écoulements (jaunâtres et purulents) | <input type="checkbox"/> Paupières collées |
| <input type="checkbox"/> Légère enflure au niveau des yeux (œdème palpébrale) | <input type="checkbox"/> Picotements/démangeaisons |
| <input type="checkbox"/> Érythèmes des conjonctives (rougeurs) | <input type="checkbox"/> Larmoiement |
| <input type="checkbox"/> Sensation de brûlure ou égratignure | |

Contre-Indications générales

- Antécédents d'hypersensibilité ou d'allergie à l'un ou l'autre des médicaments proposés dans l'ordonnance
- Aucunes 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 : _____
- Glaucome connu

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

- Mauvais état général
- Fièvre, Nausées et Vomissements
- Maux de tête
- Douleur vive aux yeux
- Douleur en regardant la lumière avec larmoiement intense
- Sensation de pression dans l'œil
- Changements de l'acuité visuelle
- Symptômes présents depuis > 1 semaine ou jugement clinique
- Contexte possible de pénétration d'un corps étranger dans l'œil

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 :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Réaction allergique à la médication | <input type="checkbox"/> Détérioration de l'état général | <input type="checkbox"/> Aucune amélioration des symptômes après 3 jours de traitement |
| <input type="checkbox"/> Troubles visuels qui apparaissent | <input type="checkbox"/> Symptômes de la conjonctivite réapparaissent rapidement | |

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 **

*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 IRRITATION DE L'ŒIL

* 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

Enfant (< 12 ans)

Choix	Médicament <i>Nom générique (nom commercial)</i>	Posologie
	Érythromycine onguent (Ilotycin®)	Appliquer dans l'œil gros comme un poids QID x 7 jours
	Acide fusidique (collyre)(Fucitalmic®) (≥ 2 ans)	1 goutte BID x 7 jours
	Tobramycine (Tobrex®) (≥ 2 mois)	Pommade : application gros comme un poids BID à TID x 7 jours Goutte : 1 goutte QID x 7 jours
	Cipro (Ciloxan®) (> 1 an)	Pommade : application gros comme un poids TID x 2 jours puis BID x 5 jours Goutte : 1 à 2 gouttes QID x 7 jours

Adulte (≥ 12 ans)

	Médicament <i>Nom générique (nom commercial)</i>	Posologie
	Acide fusidique collyre (Fucithalmic®)	1 goutte BID x 7 jours
	Érythromycine onguent (Ilotycin®)	Appliquer gros comme un poids QID x 7 jours
	Cipro (Ciloxan®) <i>1^{er} choix si lentilles</i>	Pommade : application gros comme un poids TID x 2 jours puis BID x 5 jours Goutte : 1 à 2 gouttes QID x 7 jours
	Tobramycine (Tobrex®)	Pommade : application gros comme un poids BID à TID x 7 jours Goutte : 1 goutte QID x 7 jours
	Tobramycine + dexaméthasone (Tobradex®)	Pommade : Application gros comme un poids BID à TID x 7 jours Goutte : 2 gouttes QID x 7 jours
	Dexaméthasone (Maxidex®)	Pommade : appliquer TID à QID x 7 jours Goutte : 1 à 2 gouttes QID x 7 jours

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.