

Ordonnance Collective pour les professionnels autorisés et/ou affiliés au CMIE Muguet Buccal

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;
- Exeracer 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

Intention thérapeutique (objectif de l'ordonnance)

Permettre l'accès à une thérapie médicamenteuse pour un patient présentant des symptômes de muguet buccal lorsqu'il n'a pas accès à une ordonnance individuelle.

Groupe de personnes visées ou situation clinique visée

Patient présentant des symptômes de muguet buccal

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:

- Dépôt blanchâtre sur une muqueuse érythémateuse (langue, palais, intérieur des joues, gorge, etc.)
- Sensibilité et douleur
- Odynophagie (déglutition douloureuse)
- Dysphagie
- Glossalgie (douleur à la langue)
- Gerçures et douleurs aux commissures des lèvres
- En grattant la plaque, présence d'un faible saignement
- Dysgueusie (sensation floue dans la bouche ou perte de goût)
- Halitose

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
- Symptômes reliés à un reflux gastrique ou dyspepsie
- Lésions ulcéreuses ou vésiculeuses ou possibilité de brûlure
- Lésions présentes depuis plus de 3 semaines
- Dysphagie ou odynophagie sévère (gêne ou blocage au moment de la déglutition)
- Xérostomie importante
- Perte de poids inexplicquée

5. Traitement médicamenteux**Enfant (< 12 ans)**

Médicament Nom générique (nom commercial)	Posologie	Durée de traitement
Nystatin (Mycostatin®)	Rincer la bouche avec * UI de la suspension et avaler QID après les repas et au coucher Enfant < 1 mois : 50 000 unités administrée de chaque côté de la bouche QID. Dose totale 100 000 à 400 000 UI QID Enfant de 1 mois à 1 an : 100 000 unités administrée de chaque côté de la bouche QID. Dose totale 200 000 à 400 000 UI QID Enfant > 1 an : 400 000 à 600 000 UI QID	7 à 14 jours * Traitement jusqu'à minimum 2 jours après la disparition des symptômes
Crème clotrimazole (Canesten®)	Application locale sur la langue et l'intérieur des joues QID après les repas et au coucher	

Adulte


Médicament Nom générique (nom commercial)	Posologie	Durée de traitement
Nystatin suspension (Mycostatin®) (1 ^{re} intention)	Rincer la bouche avec 500 000 UI de la suspension et avaler QID après les repas et au coucher	7 à 14 jours
Rince bouche magique (2 ^e intention si douleur et/ou atteinte importante et/ou jugement clinique) Diphenhydramine élixir 12,5 mg/ml : 120 ml Cortef 10 mg comprimé : 5 Nystatin 100 000 un/ml suspension : 30 ml Eau stérile pour irrigation : 100 Total : 250 ml	Gargariser puis avaler 15 ml de solution QID après les repas et au coucher Ne pas manger ou boire 15 à 30 minutes après la prise du produit.	* Traitement jusqu'à minimum 2 jours après la disparition des symptômes


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.



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 Cheuret-Denault Pharmacienne	214885		12-9-2018	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	Télécopieur
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

ABCPCQ – loi 41 – Muguet consécutif à l'utilisation d'inhalateur de corticostéroïde

Ordonnance collective pour les professionnels autorisés et/ou affiliés au CMIE et de ses points de services * 450-332-2430 *
L'usage prévu pour son utilisation en dehors des professionnels autorisés et/ou affiliés au CMIE est interdite.

FEUILLE DE ROUTE DE L'INFIRMIÈRE – ORDONNANCE COLLECTIVE MUGUET

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"/> Dépôt blanchâtre sur une muqueuse érythémateuse (langue, palais, intérieur des joues, gorge, etc.) | <input type="checkbox"/> Dysphagie |
| <input type="checkbox"/> Odynophagie (déglutition douloureuse) | <input type="checkbox"/> Sensibilité et douleur |
| <input type="checkbox"/> Dysgueusie (sensation floue dans la bouche ou perte de goût) | <input type="checkbox"/> Halitose |
| <input type="checkbox"/> Gerçures et douleurs aux commissures des lèvres | <input type="checkbox"/> Glossalgie (douleur à la langue) |
| <input type="checkbox"/> En grattant la plaque, présence d'un faible saignement | |

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"/> Perte de poids inexpliquée |
| <input type="checkbox"/> Symptômes reliés à un reflux gastrique ou dyspepsie | <input type="checkbox"/> Fièvre, Nausées et Vomissements |
| <input type="checkbox"/> Lésions ulcéreuses ou vésiculeuses ou possibilité de brûlure | <input type="checkbox"/> Lésions présentes depuis plus de 3 semaines |
| <input type="checkbox"/> Dysphagie ou odynophagie sévère (gêne ou blocage au moment de la déglutition) | <input type="checkbox"/> Xérostomie importante |

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 3-4 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 MUGUET BUCCAL

** 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	Durée de traitement
	Nystatin suspension (Mycostatin®)	<i>Rincer la bouche avec * UI de la suspension et avaler QID après les repas et au coucher</i> Enfant < 1 mois : 50 000 unités administrée de chaque côté de la bouche QID. Dose totale 100 000 à 400 000 UI QID Enfant de 1 mois à 1 an : 100 000 unités administrée de chaque côté de la bouche QID. Dose totale 200 000 à 400 000 UI QID Enfant > 1 an : 400 000 à 600 000 UI QID	7 à 14 jours * Traitement jusqu'à minimum 2 jours après la disparition des symptômes
	Crème clotrimazole (Canesten®)	Application locale sur la langue et l'intérieur des joues QID après les repas et au coucher	

Adulte

Choix	Médicament <i>Nom générique (nom commercial)</i>	Posologie	Durée de traitement
	Nystatin suspension (Mycostatin®)	Rincer la bouche avec 500 000 UI de la suspension et avaler QID après les repas et au coucher	7 à 14 jours * Traitement jusqu'à minimum 2 jours après la disparition des symptômes
	Rince bouche magique Diphenhydramine élixir 12,5 mg/ml : 120 ml Cortef 10 mg comprimé : 5 Nystatin 100 000 un/ml suspension : 30 ml Eau stérile pour irrigation : 100 Total : 250 ml	Gargariser puis avaler 15 ml de solution QID après les repas et au coucher Ne pas manger ou boire 15 à 30 minutes après la prise du produit.	

Note au pharmacien :

- > SI PATIENT SOUS COUMADIN : SVP FAIRE SUIM 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.