

## Ordonnance Collective pour les professionnels autorisés et/ou affiliés au CMIE Oxyurose

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 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
- 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
- Enfants < 1 an

### Intention thérapeutique (objectif de l'ordonnance)

Permettre à un patient d'avoir accès à un traitement pour soulager et traiter la présence de vers et prévenir celle de sa famille immédiate pour des patients n'ayant pas accès à une ordonnance individuelle

### Groupe de personnes visées ou situation clinique visée

Patient > 1 an présentant des oxyures et sa famille immédiate ou contact proche

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 de vers au niveau de la région péri anale (peut être confirmé par le test de la lampe de poche ou test du ruban adhésif 1 à 3 heures après que l'enfant soit endormi)
- Prurit anal ou lésions de grattage à l'anus
- Irritabilité
- Déangement du sommeil
- Mal de ventre, perte d'appétit, maux de cœur, diarrhée

#### 3. Examen et/ou procédures

N/A pour professionnel de la santé

Le parent ou la personne atteinte peut exécuter le test du scotch tape ou de la lampe de poche pour confirmer la situation s'il y a lieu

#### 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
- Intenses démangeaison vulvaire (chez les petites filles)
- Signes d'infection urinaire (chez la petite fille)

#### 5. Traitement médicamenteux

Traitement pour tous

<b>Médicament</b> <i>Nom générique (nom commercial)</i>	<b>Posologie</b>	<b>Info pertinente</b>
Mébéndazole (Vermox®) (≥ 2 ans)	100 mg po en dose unique à répéter après 2 semaines.  * Les autres membres de la famille et autres contacts vivant sous le même toit doivent être traités.	Le comprimé peut être avalé, croqué ou broyé Un repas riche en matières grasses semble augmenter l'absorption
Pamoate de Pyrantele (Combantrin®) (≥ 1 an)	11 mg/kg (maximum de 1g) en une seule dose à répéter après 2 semaines  * Les autres membres de la famille et autres contacts vivant sous le même toit doivent être traités.	Comprimés sécables et croquables  Prendre sans égard aux repas, peut être mélangé à lait ou jus

#### Mesures de nettoyage à prendre

- Se laver les mains souvent, surtout avant de manger et après être allé aux toilettes.
- Éviter de se gratter l'anus et de porter ses mains à la bouche.
- Couper les ongles courts pour minimiser le grattage et les œufs sous les ongles.
- Faire porter à l'enfant un sous-vêtement bien ajusté sous son pyjama pour l'empêcher de se gratter. Le matin, retirer le sous-vêtement directement dans l'espace douche, puis lui faire prendre une douche afin d'enlever les œufs déposés dans la région anale pendant la nuit.
- Changer et laver à l'eau chaude la literie, les pyjamas et les sous-vêtements tous les jours en évitant de les secouer afin d'éviter la propagation des œufs dans l'environnement.
- Maintenir les rideaux ouverts dans les chambres et les zones de sieste pour que la lumière du jour pénètre dans la pièce et aide à détruire les œufs.
- Laver fréquemment la douche et les toilettes.
- Passer l'aspirateur, plus particulièrement dans la chambre de l'enfant.

**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 ou une IPS si :

- Réaction allergique à la médication
- Détérioration de l'état général
- Aucune amélioration des symptômes après 72 heures de traitement

**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 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	<i>Caroline Yale</i>	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	<i>Lyne Desautels</i>	11 sept. 2018	450-332-2430	579-720-6850

RÉVISÉE PAR:					
Nom	# permis	Signature	Date	Téléphone	Télécopieur
Frédérique Cheuret-Deneuf Pharmacienne	214885	<i>Frédérique Cheuret-Deneuf</i>	12-9-2018	450-431-5151	450-431-6572
Audrey Verville Infirmière praticienne spécialisée (IPS)	2020226 (OIQ) 810038 (RAMQ)	<i>Audrey Verville</i>	13-09-2018	450-332-2430	579-720-6850

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

Références/Sources consultées au mois de mai 2018

Vigilance Santé

Profession Santé : Oxyurose au service de garde : que recommandé ? Québec pharmacie, septembre 2013

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 – ORDONNANCE COLLECTIVE OXYUROSE

### 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

- Présence de vers au niveau de la région péri anale (peut être confirmé par le test de la lampe de poche ou test du ruban adhésif 1 à 3 heures après que l'enfant soit endormi)
- Prurit anal ou lésions de grattage à l'anus
- Irritabilité
- Déangement du sommeil
- Mal de ventre, perte d'appétit, maux de cœur, diarrhée

### 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 < 1 an

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

- Mauvais état général
- Fièvre, nausées, vomissements
- Intenses démangeaisons vulvaire (chez la petite fille)
- Signes d'infection urinaire (chez la petite fille)

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 CMIE PAR FAX AU 579-720-6850 OU PAR COURRIEL À [INFO@CLINIQUE-CMIE.COM](mailto:INFO@CLINIQUE-CMIE.COM) \*\*

## FORMULAIRE DE LIAISON DE L'INFIRMIÈRE AU PHARMACIEN ; ORDONNANCE COLLECTIVE OXYUROSE

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

<b>Identification de la pharmacie</b> 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 pour tous

<b>CHOIX</b>	<b>Médicament</b> <i>Nom générique (nom commercial)</i>	<b>Posologie</b>
	Métabendazole (Vermox®) (≥ 2 ans)	100 mg po en dose unique à répéter après 2 semaines.
	Pamoate de Pyrantel (Combantrin®) (≥ 1 an)	11 mg/kg (maximum de 1g) en une seule dose à répéter après 2 semaines

J'ai procédé à l'évaluation de la personne ci-haut mentionnée. Les autres membres de la famille et autres contacts vivants sous le même toit sont des candidats à la prise d'un traitement contre les vers

Nom de la personne atteinte inscrit dans l'encadrer principal ci haut

Nom et date naissance des contacts proches :

- |          |                        |
|----------|------------------------|
| 1. _____ | Date naissance : _____ |
| 2. _____ | Date naissance : _____ |
| 3. _____ | Date naissance : _____ |
| 4. _____ | Date naissance : _____ |
| 5. _____ | Date naissance : _____ |

#### 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 :

\_\_\_\_\_

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

\*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.