

# Ordonnance collective

<b>OBJET</b> Initier et recommander l'utilisation d'une aérochambre à des fins de remboursement	<b>ÉMETTEUR</b> Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires	<b>EN VIGUEUR</b> Juin 2011
<b>RÉFÉRENCES À UN PROTOCOLE</b> <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non <b>TITRE DU PROTOCOLE</b>	<b>APPROUVÉE PAR</b> Conseil exécutif des médecins, dentistes et pharmaciens du CSSS Sud-Ouest-Verdun	<b>DATE DE RÉVISION</b> 3 décembre 2013
<b>PROFESSIONNELS HABILITÉS</b> Infirmières		
<b>PROGRAMMES VISÉS</b> Services Généraux, CRIU UMF GMF de Verdun, Service aux personnes en perte d'autonomie (Soutien à domicile), Infirmière gestionnaire de cas en pneumologie (Santé physique)		
<b>ACTIVITÉS RÉSERVÉES DE L'INFIRMIÈRE</b> Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.		
<b>MÉDECIN RÉPONDANT</b> CLSC de Verdun : Dr Ginette Gagné CLSC de St-Henri : Dr Danielle Fortin CRIU-UMF GMF de Verdun : Le médecin traitant ou celui de garde Santé physique (pneumologie) : Le médecin traitant ou celui de garde		

## CLIENTÈLE OU SITUATION CLINIQUE VISÉE

Toute clientèle nécessitant une aérochambre pour l'utilisation de l'aérosol-doseur afin d'augmenter l'efficacité du médicament dans les poumons, diminuer les effets secondaires suite à l'accumulation de médicaments dans la bouche et dans la gorge.

## INDICATION(S) ET CONDITIONS D'INITIATION

Toute clientèle n'ayant pas d'aérochambre pour l'utilisation d'un aérosol-doseur.

## CONTRE-INDICATIONS

Aucune

## LIMITES / RÉFÉRENCE AU MÉDECIN

Aucune

## DIRECTIVES DE L'INFIRMIÈRE

1. Vérifier le type d'aérosol-doseur que l'utilisateur utilise.
2. Déterminer le type d'aérochambre selon l'âge de l'utilisateur (se référer au tableau ci-bas).

Âge du client	Grandeur de l'aérochambre	Nom de l'aérochambre
0 à 18 mois	Petit masque	Aerochamber <sup>MD</sup> Plus Flow-Vu (orange)
12 mois à 5 ans	Avec masque moyen	Aerochamber <sup>MD</sup> Plus Flow-Vu (jaune)
5 ans et plus	Sans masque avec embout buccal	Aerochamber <sup>MD</sup> Plus Flow-Vu AC Girlz (rose)
5 ans et plus	Sans masque avec embout buccal	Aerochamber <sup>MD</sup> Plus Flow-Vu AC Boyz (vert)
5 ans et plus	Sans masque avec embout buccal	Aerochamber <sup>MD</sup> Plus Flow-Vu (bleu)
5 ans et plus	Avec grand masque	Aerochamber <sup>MD</sup> Plus Flow-Vu (bleu)

3. Évaluer la technique d'utilisation de l'aérochambre et l'enseigner le cas échéant, selon la méthode de soins « *Administrer un médicament par aérosol-doseur* » (AQESSS).
4. Remettre à l'utilisateur/famille le formulaire de liaison, inscrire le nom du médecin prescripteur des aérosols et l'orienter vers la pharmacie communautaire.

## DIRECTIVES DU PHARMACIEN :

Sur réception du formulaire de liaison de l'infirmière s'appliquant à une ordonnance collective en vigueur, qu'il détient, le pharmacien doit :

1. Individualiser l'ordonnance collective
2. Remettre à la personne l'aérochambre sans faire de substitution de produit.
3. Fournir à la personne l'information nécessaire

## SOURCES

Trudell Medical International, [www.aerochamber.com](http://www.aerochamber.com), site consulté en mai 2013.  
AQESSS Méthodes de soins informatisées.

Date : \_\_\_\_\_

Formulaire de liaison pour l'application de l'ordonnance collective  
DSI-OC-65 Initier et recommander l'utilisation d'une aérochambre à des fins de  
remboursement.

Nom et prénom de la personne : \_\_\_\_\_ DDN : \_\_\_\_\_  
NAM : \_\_\_\_\_

J'ai procédé à l'évaluation de la personne ci-haut mentionnée. Je peux confirmer qu'elle est une candidate à  
l'utilisation d'une chambre d'espacement

Âge du client	Grandeur de l'aérochambre	Nom de l'aérochambre
0 à 18 mois	Petit masque	<input type="checkbox"/> Aerochamber <sup>MD</sup> Plus Flow-Vu (orange)
12 mois à 5 ans	Avec masque moyen	<input type="checkbox"/> Aerochamber <sup>MD</sup> Plus Flow-Vu (jaune)
5 ans et plus	Sans masque avec embout buccal	<input type="checkbox"/> Aerochamber <sup>MD</sup> Plus Flow-Vu AC Girlz (rose)
5 ans et plus	Sans masque avec embout buccal	<input type="checkbox"/> Aerochamber <sup>MD</sup> Plus Flow-Vu AC Boyz (vert)
5 ans et plus	Sans masque avec embout buccal	<input type="checkbox"/> Aerochamber <sup>MD</sup> Plus Flow-Vu (bleu)
5 ans et plus	Avec grand masque	<input type="checkbox"/> Aerochamber <sup>MD</sup> Plus Flow-Vu (bleu)

**NE PAS FAIRE DE SUBSTITUTION**

RENOUVELLEMENT : une fois par  
année

PARTICULARITÉS : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOM ET PRÉNOM DE L'INFIRMIÈRE

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE

\_\_\_\_\_  
N°DE PERMIS DE L'OIIQ

\_\_\_\_\_  
TÉLÉPHONE

\_\_\_\_\_  
NOM DU MÉDECIN RÉPONDANT

\_\_\_\_\_  
N°DE PERMIS

\_\_\_\_\_  
TÉLÉPHONE

**SECTION RÉSERVÉE AU PHARMACIEN**

\_\_\_\_\_  
Nom du pharmacien

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Ordonnance collective disponible en ligne : [www.sov.qc.ca](http://www.sov.qc.ca) section professionnels/pharmaciens

