

# Ordonnance collective

<b>OBJET</b> Renouveler l'auto-injecteur d'épinéphrine expiré à des fins de remboursement.	<b>ÉMETTEUR</b> Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires	<b>EN VIGUEUR</b> 2013-10-01
<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>
<b>PROFESSIONNELS HABILITÉS</b> Infirmières		
<b>PROGRAMMES VISÉS</b> Multiclientèles, Services Généraux, CRIU-UMF GMF de Verdun		
<b>ACTIVITÉS RÉSERVÉES DE L'INFIRMIÈRE</b> Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique. Administer et ajuster des médicaments ou d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.		
<b>ACTIVITÉS RÉSERVÉES AU PHARMACIEN</b> Surveiller la thérapie médicamenteuse.		
<b>MÉDECIN RÉPONDANT</b> CRIU-UMF GMF de Verdun : le médecin traitant ou le médecin de garde CLSC de Verdun : Dr Ginette Gagné CLSC St-Henri : Dr Danielle Fortin		

## CLIENTÈLE OU SITUATION CLINIQUE VISÉE

Tout usager chez qui un diagnostic d'anaphylaxie a été confirmé et à qui un auto-injecteur a déjà été prescrit antérieurement.

## INDICATION(S) ET CONDITIONS D'INITIATION

Auto-injecteur expiré. **Un seul renouvellement par usager.**

## CONTRE-INDICATIONS

Absence de diagnostic d'anaphylaxie

## LIMITES / RÉFÉRENCE AU MÉDECIN

Aucune

## DIRECTIVES DE L'INFIRMIÈRE

1. Valider le type d'allergie et d'anaphylaxie qui a été diagnostiquée.
2. Déterminer la posologie selon le poids et remplir le formulaire de liaison. L'infirmière peut choisir l'auto-injecteur selon la préférence de l'utilisateur.
  - a. Si le poids de la personne est inférieur à 25 kg (55 lbs)
    - EpiPen Jr 0,15 mg
    - Allerject 0,15 mg
  - b. Si le poids de la personne est supérieur à 25 kg (55 lbs)
    - EpiPen 0,3 mg
    - Allerject 0,3 mg
3. Valider l'enseignement par rapport à l'utilisation de l'auto-injecteur selon les méthodes de soins de l'AQESSS, « *Utilisation de l'auto-injecteur EpiPen lors d'une anaphylaxie* ».

## DIRECTIVES DU PHARMACIEN

### **Sur réception du formulaire de liaison de l'infirmière s'appliquant à une ordonnance collective en vigueur, le pharmacien :**

- Donner à l'utilisateur l'information appropriée au médicament.
- Aviser l'infirmière pour tout changement ou modification au médicament.
- Contacter le médecin de garde, médecin traitant ou le médecin répondant pour toutes questions ou problèmes.

## SOURCES

AQESSS. Méthodes de soins informatisées. « Utilisation de l'auto-injecteur EpiPen lors d'une anaphylaxie ». Site consulté en janvier 2013.

[www.Allerject.ca](http://www.Allerject.ca). Site consulté en février 2013.

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

**Formulaire de liaison pour l'application de l'ordonnance collective**

**DSI-OC-92 « Renouveler l'auto-injecteur d'épinéphrine expiré à des fins de remboursement. »**

**NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE :** \_\_\_\_\_

**DATE DE NAISSANCE :** \_\_\_\_\_

**NAM :** \_\_\_\_\_

**POIDS DE LA PERSONNE (KG):** \_\_\_\_\_

**Epipen JR 0,15 mg**

**Allerject 0,15 mg**

**Epipen 0,3 mg**

**Allerject 0,3 mg**

**RENOUVELLEMENT :** **Aucun** **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

**PROCESSUS D'APPROBATION**

<b>ÉLABORATION DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE :</b>	<b>Date</b>
Anne-Marie Denault, conseillère cadre en soins infirmiers, DSISM	Janvier 2013
<b>VALIDÉE PAR :</b>	
Marie Corriveau, directrice des soins infirmiers et des services multidisciplinaires	2013-04-11
Comité de la pratique professionnelle, CSSS du Sud-Ouest-Verdun	2013-04-17
Comité de pharmacologie, CSSS du Sud-Ouest	2013-06-06
<b>APPROUVÉE PAR :</b>	
CMDP, CSSS du Sud-Ouest-Verdun	2013-10-01
<b>SIGNÉE PAR :</b>	
Jacques Jobin, président du CMDP CSSS du Sud-Ouest-Verdun	2013-11-22

<b>DERNIÈRE RÉVISION DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE :</b>	<b>Date</b>
_____, conseillère cadre en soins infirmiers	_____
<b>VALIDÉE PAR :</b>	
Marie Corriveau, directrice des soins infirmiers et des services multidisciplinaires	_____
Comité de la pratique professionnelle, CSSS du Sud-Ouest-Verdun	_____
Comité de pharmacologie, CSSS du Sud-Ouest-Verdun	_____
<b>APPROUVÉE PAR :</b>	
CMDP, CSSS du Sud-Ouest-Verdun	_____
<b>SIGNÉE PAR :</b>	
Jacques Jobin, président du CMDP	_____

<b>PERSONNES CONSULTÉES :</b>	<b>Date</b>
Dre Ginette Gagné et Dre Danielle Fortin, médecin CLSC Verdun	Janvier 2013
Infirmières scolaires, CSSS du Sud-Ouest-Verdun	Avril 2013
Conseillères cadres en soins infirmiers	Mars 2013
_____	_____