

**ORDONNANCE COLLECTIVE
N° OC-25**

Rédigé/révisé par la Chef du département de pharmacie
En collaboration avec la Direction du développement et des affaires médicales et la Direction des programmes clientèles
Date d'entrée en vigueur : 2009-03-17
Date de révision : 17 octobre 2011
Approuvé par résolution n° 2011-10.33 du CMDP

**Prescription pour le personnel
d'une prophylaxie à
l'amantadine (Symmetrel^{mc})
lors d'une éclosion d'influenza
de type A**

**Infirmière du bureau de santé
Conseillère en prévention des infections
Coordonnateurs en soins infirmiers
Pharmaciennes**

CLIENTÈLE VISÉE

Membres du personnel des unités de soins avec une éclosion d'*influenza de type A*, qui sont en contact direct avec la clientèle, qui ne sont pas symptomatiques d'*influenza* et qui sont non vaccinés, soit les préposés aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires, infirmières, inhalothérapeutes, médecins, préposés à l'hygiène/salubrité, agents administratifs et agents de sécurité.

PROFESSIONNELS VISÉS

Pharmaciennes
Infirmière du bureau de santé
Conseillère en prévention des infections
Coordonnateurs en soins infirmiers

INDICATIONS CLINIQUES

- Prophylaxie de l'*influenza* de type A chez les travailleurs de la santé non vaccinés .

CONTRE-INDICATIONS

Les contre-indications à l'amantadine sont :

- Convulsions (actives ou antécédentes)
- Glaucome angle fermé
- Hypotension orthostatique
- Insuffisance cardiaque
- Œdème périphérique
- Prolongation de l'intervalle QT
- Psychose non contrôlée
- Troubles hépatiques
- Grossesse
- Allaitement
- Allergie à l'amantadine

Effets secondaires les plus fréquents

Effet secondaire	Fréquence
• Nausée	5-10 %
• Étourdissements	5-10 %
• Insomnie	5-10 %
• Anxiété	1-5 %
• Confusion	1-5 %
• Céphalée	1-5 %
• Constipation	1-5 %
• Dépression	1-5 %
• Diminution de l'appétit	1-5 %
• Hallucinations	1-5 %
• Hypotension orthostatique	1-5 %
• Irritabilité	1-5 %
• Œdème	1-5 %
• Sécheresse de la bouche	1-5 %
• Troubles de la vision	0-1 %

PROCÉDURE

➤ **Conditions d'initiation et individualisation thérapeutique de l'amantadine (Symmetrel^{mc})**

DURÉE DE LA PROPHYLAXIE :

- ▲ *Pour les employés* : Peut varier selon le statut vaccinal et / ou la durée de l'éclosion. 14 jours minimums ou 10 jours après le début des symptômes chez le dernier cas de SAG (option la plus lointaine des 2);
- ▲ *Pour les employés occasionnels* : La durée du traitement correspond au nombre de jours travaillés plus 72 heures de traitement préventif;
- ▲ *Pour les employés quittant le département pour un congé avant la fin de l'éclosion* : Ils doivent continuer le traitement préventif pendant 72 heures après le dernier jour travaillé.

La posologie de l'amantadine (Symmetrel^{mc}) est ajustée selon la fonction rénale de chaque employé selon le tableau suivant :

Prescription pour le personnel d'une prophylaxie à l'amantadine (Symmetrel^{mc}) lors d'une éclosion d'*influenza* de type A

Clairance de la créatinine	Posologie pour les 10 à 64 ans	Durée de la prophylaxie
≥ 40 mL/min	100 mg die	14 jours ou 10 jours après le début des symptômes chez le dernier cas SAG ou selon le nombre de jours passés sur l'unité plus 72 h
30 à 39 mL/min	100 mg 4 fois/semaine	
20 à 29 mL/min	100 mg 3 fois /semaine	
10 à 19 mL/min	Alternance de doses hebdomadaires de 200 mg et de 100 mg	

Clairance de la créatinine	Posologie pour les 65 ans et plus	Durée de la prophylaxie
≥ 80 mL/min	100 mg die	14 jours ou 10 jours après le début des symptômes chez le dernier cas SAG ou selon le nombre de jours passés sur l'unité plus 72 h
60 à 79 mL/min	Alternance dose quotidienne de 100 mg et de 50 mg	
40 à 59 mL/min	100 mg aux 2 jours	
30 à 39 mL/min	100 mg deux fois/semaine	
20 à 29 mL/min	50 mg 3 fois/semaine	
10 à 19 mL/min	Alternance de doses hebdomadaires de 100 mg et de 50 mg	
< 10 mL/min	Pas de dosage recommandé	
Hémodialysé	200 mg tous les 7 jours	En traitement

Notation au dossier médical

Lorsqu'un professionnel prescrit l'amantadine (Symmetrel^{mc}) selon cette ordonnance collective, il complète le formulaire pré-imprimé intitulé *Ordonnance d'amantadine (Symmetrel^{mc}) – Prescription d'une prophylaxie pour le personnel lors d'une éclosion d'influenza de type A* (voir en annexe) et le remet à l'employé qui se présente au Département de pharmacie. Le Département de pharmacie achemine une photocopie de l'ordonnance au bureau de santé. Cette copie est versée au dossier de l'employé.

RÉFÉRENCE

Influenza Ordonnance médicale prophylaxie avec l'amantadine en cas d'éclosion, CSSS de Thérèse-de-Blainville, 2009-02-27

APPROBATION

Présidente du conseil des médecins, dentistes et
pharmaciens

Directrice du développement et des affaires médicales

Directeur des programmes clientèles

ANNEXE

Formulaire d'ordonnance d'amantadine (Symmetrel^{mc}) – Prescription pour le personnel d'une prophylaxie lors
d'une éclosion d'*influenza* A

ORDONNANCE D'AMANTADINE (SYMMETREL^{mc})

Selon l'ordonnance collective N° OC-25
**Prescription pour le personnel
d'une prophylaxie lors d'une éclosion d'*influenza A***

Nom de l'employé _____ Unité de soins _____

Adresse _____

Téléphone : _____

Avez-vous un problème rénal connu ? OUI NON

Avez-vous reçu le vaccin contre l'influenza ? OUI NON

Présentez-vous les contre-indications suivantes ?

Allergie, intolérance à l'Amantadine OUI NON

Grossesse et allaitement OUI NON

Convulsion OUI NON

Problème cardiaque OUI NON

Psychose OUI NON

Dépression avec geste suicidaire OUI NON

Prise Effexor, Ritalin et diurétique [Aldactazide, Apo spirozide, Novo spirozine, Ami hydro, Apo amilzide, Moduret, Novamilor, Nu amilzide, Ratio amiloride+hctz, Apo triazide, Novo triamzide, Nu triazide, Penta triamterene hctz, Pro triazide, Riva zide, Indapamide (Lozide)], sauf furosemide (Lasix) OUI NON Lequel ? _____

Date et heure: _____

Nom et signature du professionnel : _____

N° de permis : _____

Numéro de téléphone : _____

Posologie pour les 10 à 64 ans AMANTADINE		
Clairance de la créatinine (ml/min/1,73m ²)		
≥ 40 ml/min	<input type="radio"/> 100 mg 1 fois/jour	14 jours PRN ou 10 jours après le début des symptômes chez le dernier cas SAG ou selon le nombre de jours passés sur l'unité plus 72 h
30-39 ml/min	<input type="radio"/> 100 mg 4 fois/semaine	14 jours PRN ou 10 jours après le début des symptômes chez le dernier cas SAG ou selon le nombre de jours passés sur l'unité plus 72 h
20-29 ml/min	<input type="radio"/> 100 mg 3 fois/semaine	14 jours PRN ou 10 jours après le début des symptômes chez le dernier cas SAG ou selon le nombre de jours passés sur l'unité plus 72 h
10-19 ml/min	<input type="radio"/> Alternance de doses hebdomadaires de 200 mg et de 100 mg	14 jours PRN ou 10 jours après le début des symptômes chez le dernier cas SAG ou selon le nombre de jours passés sur l'unité plus 72 h

Posologie pour les 65 ans et plus AMANTADINE		
Clairance de la créatinine (ml/min/1,73m ²)		
≥ 80 ml/min	<input type="radio"/> 100 mg 1 fois/jour	14 jours PRN ou 10 jours après le début des symptômes chez le dernier cas SAG ou selon le nombre de jours passés sur l'unité plus 72 h
60-79 ml/min	<input type="radio"/> Alternance de doses quotidiennes de 100 mg et de 50 mg	14 jours PRN ou 10 jours après le début des symptômes chez le dernier cas SAG ou selon le nombre de jours passés sur l'unité plus 72 h
40-59 ml/min	<input type="radio"/> 100 mg tous les 2 jours	14 jours PRN ou 10 jours après le début des symptômes chez le dernier cas SAG ou selon le nombre de jours passés sur l'unité plus 72 h
30-39 ml/min	<input type="radio"/> 100 mg 2 fois/semaine	14 jours PRN ou 10 jours après le début des symptômes chez le dernier cas SAG ou selon le nombre de jours passés sur l'unité plus 72 h
20-29 ml/min	<input type="radio"/> 50 mg 3 fois/semaine	14 jours PRN ou 10 jours après le début des symptômes chez le dernier cas SAG ou selon le nombre de jours passés sur l'unité plus 72 h
10/19 ml/min	<input type="radio"/> Alternance de doses hebdomadaires de 100 mg et de 50 mg	14 jours PRN ou 10 jours après le début des symptômes chez le dernier cas SAG ou selon le nombre de jours passés sur l'unité plus 72 h
< 10 ml/min	<input type="radio"/> Pas de dosage recommandé	

QUANTITÉ DE MÉDICAMENT REMISE : _____ Date : _____

Non renouvelable

Date et heure: _____

Nom et signature du professionnel : _____

N° de permis : _____

Numéro de téléphone : _____