



**ORDONNANCE CLINIQUE - ORDONNANCE  
INDIVIDUELLE STANDARDISÉE - MICOBIO 1**

Consentement:  Usager·ère  Représentant·e légal·e  Double identification faite

**SUSPICION DE CELLULITE RÉFRACTAIRE AU TRAITEMENT DE PREMIÈRE LIGNE**

\*\*\* Le vendredi PM, la fin de semaine et les jours fériés : référer le patient à l'urgence

**À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN RÉFÉRENT/IPS**

- L'usager·ère répond aux critères généraux d'admissibilité de l'accueil Clinique : âgé de 16 ans et +, capacité de se déplacer, ne nécessite pas d'hospitalisation ou d'observation sur civière, la demande provient d'un médecin ou IPS du territoire.
- L'usager·ère présente une cellulite avec échec au traitement
- L'usager·ère ne présente aucun des critères d'exclusion suivants →  
\*\*Si oui, diriger vers l'urgence\*\*
- Le bilan comparatif des médicaments (BCM) de l'usager·ère ou une liste à jour de ses médicaments est joint à cette demande.

- Instabilité hémodynamique  
- Suspicion d'infection sévère  
- Suspicion de fasciite nécrosante  
- Douleur importante non-soulagée par analgésie  
- Cellulite orbitaire / cervico-faciale

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (OBLIGATOIRES) :**

L'usager·ère est-il/elle allergique aux antibiotiques?  Non  Oui (Si oui SVP décrire le type de réaction (angioedème, urticaire, etc))

**INFORMATIONS DE L'USAGER·ÈRE :**

Numéro de téléphone (maison) : \_\_\_\_\_ (cellulaire) : \_\_\_\_\_

J'accepte que les procédures incluses dans l'ordonnance individuelle standardisée soient appliquées (verso)

**IDENTIFICATION DU MÉDECIN RÉFÉRENT/IPS**

Nom et prénom du MD/IPS

Clinique

ESTAMPE DU RÉFÉRENT

No téléphone pour les prochaines 24h

No télécopieur

SIGNATURE DU MÉDECIN/IPS

N° DE PERMIS

DATE (AAAA-MM-JJ)

HEURE

MD qui accepte de faire le suivi de l'épisode (SI DIFFÉRENT)

Joignable pour les prochaines 24 h au \_\_\_\_\_

NOM ET PRÉNOM DU MD (LETTRES MOULÉES)

No de TÉLÉPHONE

ACCUEIL CLINIQUE SITE NOTRE-DAME :

TÉLÉCOPIER CE FORMULAIRE AU 514-362-2829 / INFIRMIÈRE TÉL. : 514-413-8701 OU 514-413-8777 POSTE 26218

ACCUEIL CLINIQUE SITE VERDUN :

TÉLÉCOPIER CE FORMULAIRE AU 514-765-8529 / INFIRMIÈRE TÉL. : 514-765-8530 OU 514-362-1000, POSTE 66666

Nom :

Prénom :

# Dossier :

### SUSPICION DE CELLULITE RÉFRACTAIRE AU TRAITEMENT DE PREMIÈRE LIGNE

#### PRÉLÈVEMENTS INITIAUX (DÉLAI MAX. 24 HEURES) :

- **BIOCHIMIE** : Créatinine/DFG, glucose
- **MICROBIOLOGIE** : Culture de plaie si présente des signes d'infection
- **HÉMATOLOGIE** : FSC

#### CONSULTATION EN MICROBIOLOGIE :

Après l'évaluation infirmière et les prélèvements ET selon directive du microbiologiste de garde à l'UMJ (délai <24h). Si vous devez rediriger le patient un vendredi PM ou la fin de semaine, dirigez le patient vers l'urgence