

Titre	Renouveler l'auto-injecteur d'épinéphrine chez un usager ayant un diagnostic d'allergie de type anaphylactique	DSP-CCSMTL-IT-47
Référence à un protocole : Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Date d'entrée en vigueur : 2020-02-11	Date de mise à jour :
Situation clinique ou clientèle	<p>Tout usager chez qui un diagnostic d'anaphylaxie a été confirmé et qui est suivi au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal</p> <p>De plus, pour le pharmacien communautaire :</p> <p>Usager du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal qui fait affaire avec une pharmacie communautaire située sur le territoire du CIUSSS</p>	
Activité(s) professionnelle(s) visée(s)	<p><u>Infirmière :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique ; Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance ; Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance. <p><u>Pharmacien :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer et à assurer l'usage approprié des médicaments ; Initier ou ajuster la thérapie médicamenteuse ; Surveiller la thérapie médicamenteuse ; Prolonger une ordonnance d'un médecin, suivant les conditions et les modalités déterminées par règlement, afin que ne soit pas interrompu le traitement prescrit par le médecin à un usager ; la durée de prolongation d'une ordonnance ne peut excéder la durée de validité de l'ordonnance initiale ou, si cette durée est supérieure à un an, elle ne peut excéder un an. 	
Professionnel(s) autorisé(s)	<ul style="list-style-type: none"> Infirmières de l'ensemble des secteurs d'activités du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal ; Pharmaciens communautaires exerçant leur profession dans une pharmacie située sur le territoire du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. 	
Médecin répondant	Médecin traitant ou médecin désigné (ex : pourrait être le médecin de garde, médecin superviseur, etc.) selon le fonctionnement du service.	

Indications

Infirmière :

Tout usager chez qui un diagnostic d'allergie de type anaphylactique a été confirmée par un médecin et qui est suivie au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Pharmacien :

Tout usager du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal qui fait affaire avec une pharmacie communautaire située sur le territoire du CIUSSS chez qui un diagnostic d'anaphylaxie a été confirmé par un médecin.

Contre-indications

Absence de diagnostic d'anaphylaxie
Allergie à l'épinéphrine

Protocole médical

1. Valider le type d'allergie et d'anaphylaxie qui a été diagnostiquée.
2. Déterminer la posologie selon le poids :
 - a. Posologie pédiatrique
 - i. Épinéphrine auto-injectable : 0,15 mg/dose pour les enfants de moins de 30 kg (66 lbs).
 - b. Posologie adulte
 - i. Épinéphrine auto-injectable : 0,3 mg mg/dose pour les usagers de plus de 30 kg (66 lbs).
3. Valider l'enseignement par rapport à l'utilisation de l'auto-injecteur selon la méthode de soins informatisée (MSI), « Utilisation de l'auto-injecteur d'épinéphrine lors d'une anaphylaxie ».
 - a. Valider les connaissances quant aux signes et symptômes d'une réaction allergique et faire l'enseignement nécessaire au besoin.
4. Compléter et remettre à l'utilisateur/famille, le formulaire de liaison pour la pharmacie communautaire.
5. Consigner l'ensemble de la démarche au dossier de l'utilisateur.

Limites ou situations exigeant une consultation médicale obligatoire

Aucune


Outils de références et sources

Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS). Méthode de soins informatisée : Utilisation de l'auto-injecteur d'épinéphrine lors d'une anaphylaxie. Consulté le 22 juillet 2019

CISSS Capitale Nationale (2013). Ordonnance Collective ALL-01-GMF : Renouvellement d'un auto-injecteur d'épinéphrine.

CSSS Sud-Ouest-Verdun (2013). Ordonnance Collective DSI-OC-92 : Renouveler l'auto-injecteur d'épinéphrine expiré à des fins de remboursement.

Pfizer Canada. Monographie EpiPen : Consulté le août 2019
https://www.pfizer.ca/sites/default/files/201708/Epipen_PM_F_205110_30May2017.pdf et
<https://www.epipen.ca/fr>

PROCESSUS DE MISE EN VIGUEUR			
Élaboration de la version actuelle (identification du ou des médecins impliqué(s) et des personnes responsables, le cas échéant)		D ^r Daniel Murphy, chef adjoint volet première ligne - département de médecine générale Valérie Sicard, conseillère-cadre en soins infirmiers, DASI-PP Karine Tourigny, conseillère-cadre en soins infirmiers intérimaire, DASI-PP Personnes consultées : Anne-Marie Denault, chef des IPS Joanne Turcotte, conseillère en soins infirmiers Suzanne Gilbert, chef adjointe au chef du département de pharmacie, soins pharmaceutiques, enseignement, recherche et utilisation optimale du médicament	
Validation de la version actuelle (identification du ou des médecins impliqué(s) et des personnes responsables, le cas échéant)		Julie Désalliers, omnipraticienne GMF Espace Santé Île-des Soeurs	
Approbation de la version actuelle par le représentant du CMDP de l'établissement			
Nom :	Lajeunesse	Prénom :	Julie
Signature :		Date :	2020-03-17
Révision			
Date de la dernière révision (si applicable)			
Date d'entrée en vigueur de la présente version		2020-02-11	
Date prévue de la prochaine révision		2023-02	

**FORMULAIRE DE LIAISON À
L'ATTENTION
DU PHARMACIEN
COMMUNAUTAIRE :**

Nom : Entrez ici le nom

Prénom : Entrez ici le prénom

RAMQ : Entrez ici la RAMQ

No dossier : Entrez ici le No de dossier

DDN : Entrez ici la DDN

DSP-CCSMTL-IT-47 :

Renouveler l'auto-injecteur d'épinéphrine chez un usager ayant un diagnostic d'allergie de type anaphylactique.

IDENTIFICATION DE LA PHARMACIE

NOM : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

ADRESSE : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

TÉLÉPHONE : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

TÉLÉCOPIEUR : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Ce formulaire représente le formulaire original. Le pharmacien identifié est le seul destinataire. L'original de ce formulaire ne sera pas réutilisé.

PRESCRIPTION

Âge de l'usager : _____

Poids de l'usager : _____

Posologie pédiatrique (moins de 30 kg)	<input type="checkbox"/> Épinéphrine auto-injectable 0,15 mg/dose
Posologie adulte (plus de 30 kg)	<input type="checkbox"/> Épinéphrine auto-injectable 0,3 mg/dose

✓ **SVP, RÉVISER L'ENSEIGNEMENT À L'USAGER SUR L'UTILISATION DE L'AUTO-INJECTEUR**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Cliquez ou appuyez
ici pour entrer une date.

NOM DE L'INFIRMIÈRE

SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE

DATE

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

N° DE PERMIS DE L'OIIQ

J'atteste (professionnel ci-haut mentionné) que le médecin répondant en référence est un répondant valide et/ou ayant adhéré à l'ordonnance collective.

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom du médecin répondant

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

N° DE PERMIS D'EXERCICE

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Cliquez ou appuyez
ici pour entrer du texte.

NOM DE LA CLINIQUE

TÉLÉPHONE

TÉLÉCOPIEUR

Ordonnance collective disponible en ligne : <https://ciuss-centresudmtl.gouv.qc.ca/> à la section professionnels/pharmaciens.