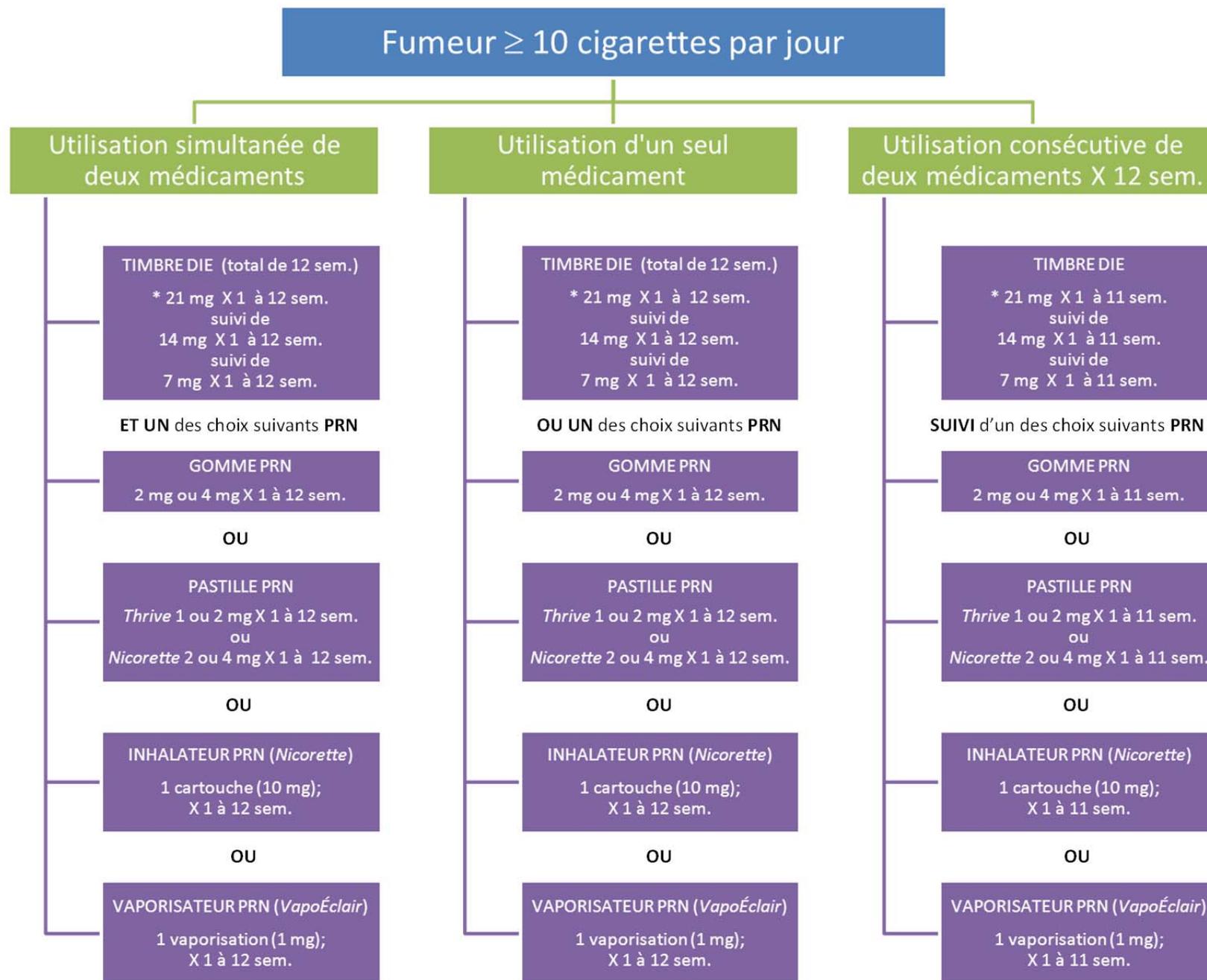
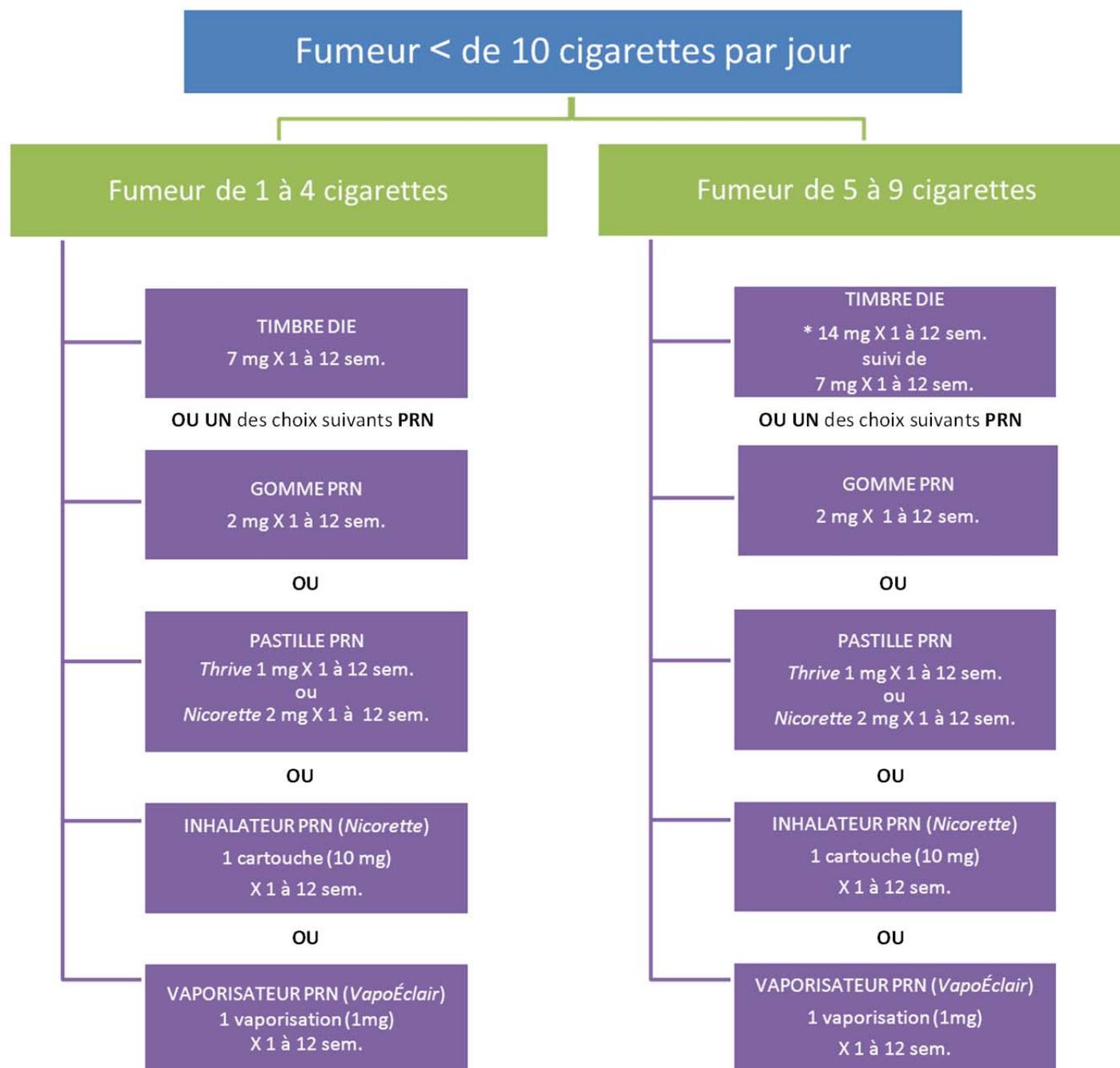


| <p>Référence à un protocole Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></p> | <p>Date d'entrée en vigueur 1^{er} mars 2016</p> | <p>Date de révision prévue 1^{er} mars 2017</p> |
|--|---|---|
| <p>Professionnels habilités à exécuter l'ordonnance Pharmaciens communautaires et en établissement exerçant dans la région de Montréal.</p> | | |
| <p>Groupe de personnes visées Toute personne résidant ou travaillant à Montréal : désirant cesser de fumer, résidente canadienne, détenant une carte d'assurance maladie valide ou bénéficiaire du Programme fédéral de santé intérimaire. Les conditions précédentes s'appliquent en établissement de santé pour la clientèle ambulatoire seulement.</p> | | |
| <p>Médecin signataire de l'ordonnance collective L'ordonnance est individualisée au nom de Dr Richard Massé, Directeur régional de santé publique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.</p> | | |
| <p>Intention thérapeutique</p> | <p>Cessation de l'usage de la cigarette Réduction graduelle de l'usage de la cigarette avant l'arrêt</p> | |
| <p>Actions</p> | <p>Pour individualiser l'ordonnance collective, le pharmacien :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilise le formulaire d'application de l'ordonnance collective pour évaluer : <ul style="list-style-type: none"> - la consommation habituelle du fumeur - les contre-Indications - les effets secondaires lors d'utilisation précédente, s'il y a lieu - les préférences du fumeur • Recommande et initie le traitement, le cas échéant, à l'aide de l'algorithme de traitement : <ul style="list-style-type: none"> - en sélectionnant la formulation, la dose et la durée - en ajustant la posologie en fonction du sevrage ou du surdosage pour une durée totale de 12 semaines consécutives • Explique le mode d'emploi • Fait le suivi de la thérapie de remplacement de la nicotine • Réfère à la ligne J'arrête et leur transmet le formulaire de référence par télécopieur (514 255-9856), avec le consentement écrit du patient • Appelle la ligne de garde de la Direction régionale de santé publique, pour toute information, du lundi au vendredi (9 h -17 h) au 514 528-2400, poste 3523 <p>Le pharmacien en établissement utilise le formulaire d'application de l'ordonnance collective pour évaluer, recommander une thérapie et référer son patient au pharmacien communautaire qui initiera le traitement après validation et modification si nécessaire.</p> <p>Les professionnels de la santé peuvent également utiliser le formulaire d'application de l'ordonnance collective pour référer leur patient fumeur au pharmacien.</p> | |
| <p>Médicaments concernés</p> | <p>Formulations couvertes par le Régime général d'assurance médicaments du Québec (RGAMQ) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 timbre / jour (<i>Nicoderm, Habitrol</i>) de 21 mg, 14 mg, 7 mg • 10 gommes / jour (<i>Nicorette, Thrive</i>) de 2 mg, 4 mg • 10 pastilles / jour (<i>Thrive</i>) de 1 mg, 2 mg <p>Formulations non couvertes par le RGAMQ :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pastilles (<i>Nicorette</i>) de 2 mg, 4 mg • Inhalateur buccal (<i>Nicorette</i>) de 10 mg par cartouche • Vaporisateur buccal (<i>VapoÉclair</i>) de 1 mg par vaporisation | |
| <p>Modalités de remboursement</p> | <p>Une période de 12 semaines consécutives, est remboursée par la RGAMQ, une fois par année. Les mêmes modalités de remboursement sont généralement suivies par les régimes d'assurance privée. Le traitement peut être repris plus d'une fois par année (pour une durée de 12 semaines consécutives), si le patient accepte d'en assumer les coûts.</p> | |

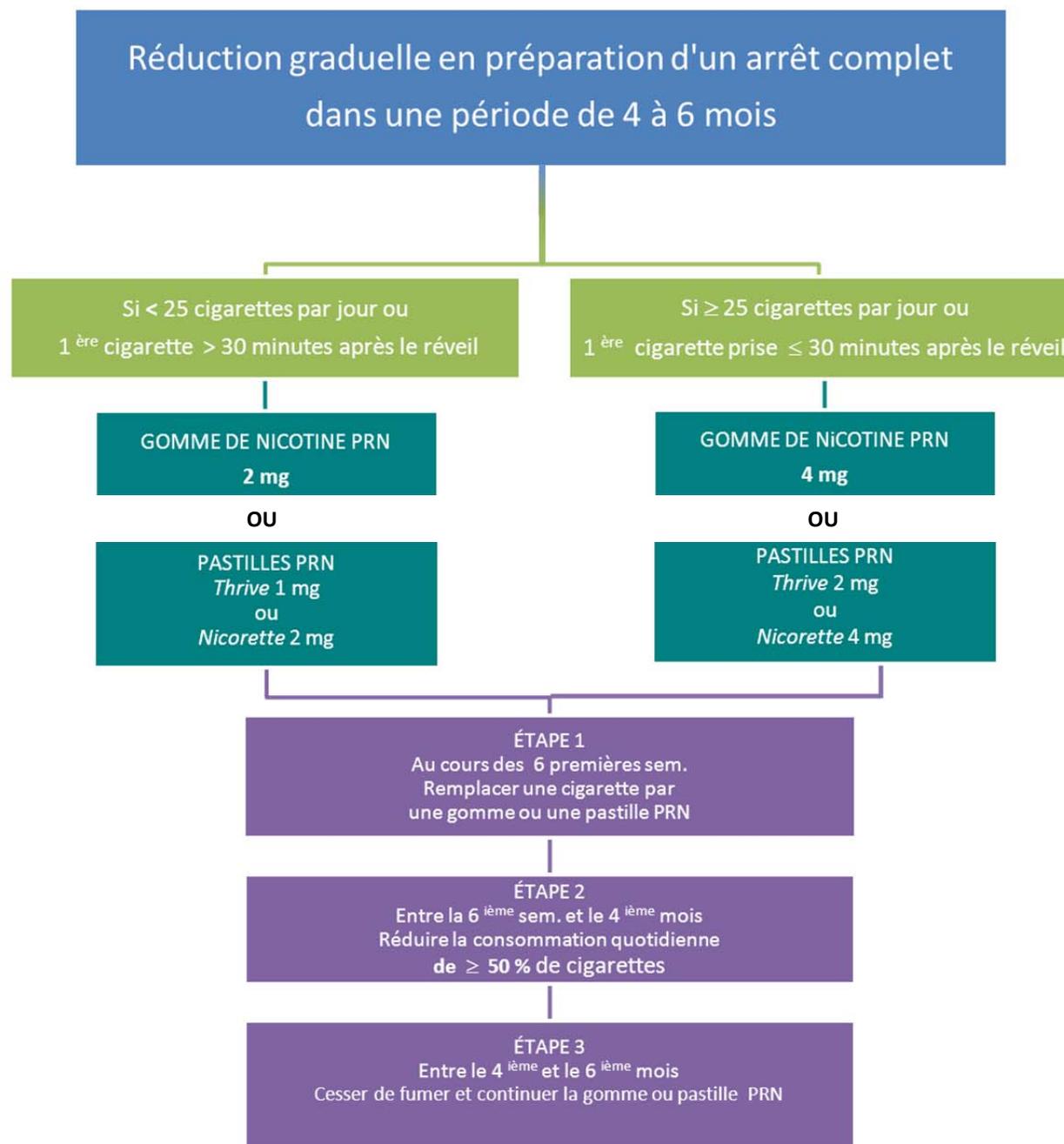
| <p>Contre-indications</p> | <p>Le pharmacien ne peut pas individualiser cette ordonnance collective en présence d'une des conditions suivantes:</p> <p>Générales :</p> <ul style="list-style-type: none"> Moins de 18 ans Grossesse ou allaitement Infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral au cours des 2 semaines précédentes Angine instable ou sévère Arythmie sévère <p>Spécifiques à la formulation:</p> <ul style="list-style-type: none"> Allergie aux diachylons (timbres) Maladie cutanée généralisée (timbres) Maladie bucco-dentaire sévère (gommes, pastilles, inhalateur, vaporisateur) Hypersensibilité au menthol (inhalateur, vaporisateur) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------------|---|-------------------------------|---------------------------------------|---|----|----|----------|----|----|----------|---|---|----------|---|---|---|-----------|---|-----|-----------|-------------------------------|---|---|--------------|---|-----|--------------|----------------------------|---|---|--------------|---|---|--------------|--|----|---|---------------|--|---|-----|---|-----------|---|--|--|--|--|--|
| <p>Absorption approximative de la nicotine</p> | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Formulation</th> <th>Dose unitaire (mg/dose)</th> <th>Absorption approximative (mg)</th> <th>Maximum / jour selon les monographies</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Timbre (<i>Nicoderm</i> ou <i>Habitrol</i>)</td> <td>21</td> <td>21</td> <td>1 timbre</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>14</td> <td>1 timbre</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>7</td> <td>1 timbre</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Gomme (<i>Nicorette</i> ou <i>Thrive</i>)</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>20 gommes</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>2,5</td> <td>20 gommes</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Pastille (<i>Nicorette</i>)</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>15 pastilles</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>3,2</td> <td>15 pastilles</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Pastille (<i>Thrive</i>)</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>25 pastilles</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> <td>15 pastilles</td> </tr> <tr> <td>Inhalateur buccal (<i>Nicorette</i>)</td> <td>10</td> <td>2</td> <td>12 cartouches</td> </tr> <tr> <td>Vaporisateur buccal (<i>VapoÉclair /QuickMist</i>)</td> <td>1</td> <td>0,8</td> <td>64 vaporisations (max. : 4 vaporisations / heure)</td> </tr> <tr> <td>Cigarette</td> <td colspan="3">Absorption d'environ 1 mg de nicotine par cigarette</td> </tr> </tbody> </table> | Formulation | Dose unitaire (mg/dose) | Absorption approximative (mg) | Maximum / jour selon les monographies | Timbre (<i>Nicoderm</i> ou <i>Habitrol</i>) | 21 | 21 | 1 timbre | 14 | 14 | 1 timbre | 7 | 7 | 1 timbre | Gomme (<i>Nicorette</i> ou <i>Thrive</i>) | 2 | 1 | 20 gommes | 4 | 2,5 | 20 gommes | Pastille (<i>Nicorette</i>) | 2 | 1 | 15 pastilles | 4 | 3,2 | 15 pastilles | Pastille (<i>Thrive</i>) | 1 | 1 | 25 pastilles | 2 | 2 | 15 pastilles | Inhalateur buccal (<i>Nicorette</i>) | 10 | 2 | 12 cartouches | Vaporisateur buccal (<i>VapoÉclair /QuickMist</i>) | 1 | 0,8 | 64 vaporisations (max. : 4 vaporisations / heure) | Cigarette | Absorption d'environ 1 mg de nicotine par cigarette | | | | | |
| Formulation | Dose unitaire (mg/dose) | Absorption approximative (mg) | Maximum / jour selon les monographies | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Timbre (<i>Nicoderm</i> ou <i>Habitrol</i>) | 21 | 21 | 1 timbre | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 14 | 14 | 1 timbre | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 7 | 7 | 1 timbre | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gomme (<i>Nicorette</i> ou <i>Thrive</i>) | 2 | 1 | 20 gommes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4 | 2,5 | 20 gommes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pastille (<i>Nicorette</i>) | 2 | 1 | 15 pastilles | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4 | 3,2 | 15 pastilles | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pastille (<i>Thrive</i>) | 1 | 1 | 25 pastilles | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 | 2 | 15 pastilles | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Inhalateur buccal (<i>Nicorette</i>) | 10 | 2 | 12 cartouches | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vaporisateur buccal (<i>VapoÉclair /QuickMist</i>) | 1 | 0,8 | 64 vaporisations (max. : 4 vaporisations / heure) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cigarette | Absorption d'environ 1 mg de nicotine par cigarette | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Symptômes de sevrage</p> | <p>Désir intense de fumer, irritabilité / agressivité, agitation, dépression, accroissement de l'appétit, insomnie, sensations ébrieuses.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Symptômes et signes de surdosage</p> | <p>Pâleur, sueur, nausées, salivation, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée, hypotension, confusion, convulsion et arrêt respiratoire.</p> <p>N.B. : Le surdosage est rarement observé cliniquement. Le fumeur acquiert une tolérance aux effets de la nicotine et il est en mesure d'ajuster la dose de nicotine provenant de la TRN selon sa consommation de cigarettes et sa dépendance.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



* Le traitement peut être initié avec le dosage de 14 mg si nécessaire



* Le traitement peut être initié avec le dosage de 7 mg si nécessaire



MODE D'EMPLOI

TIMBRE DE NICOTINE

- Appliquer le timbre au réveil sur une zone sans poil entre le cou et la taille
- Changer le site d'application à chaque jour
- Cesser l'application et consulter un médecin, en cas d'éruption cutanée sévère au site d'application,
- Enlever le timbre 15 minutes avant une activité physique intense et en placer un nouveau par la suite

PRODUITS DE NICOTINE DE COURTE DURÉE D'ACTION* :

GOMME

- Mastiquer deux ou trois fois, puis placer entre la joue et la gencive pendant une minute afin de favoriser l'absorption de la nicotine au niveau de la muqueuse buccale.
- Répéter pour une durée d'environ 30 minutes
- Informer de la possibilité d'irritation de la bouche, d'hoquet et de dyspepsie

PASTILLE

- Placer la pastille dans la bouche et sucer lentement jusqu'à ce qu'un goût soit ressenti ; garder la pastille entre la joue et la gencive jusqu'à ce que le goût ait disparu
- Répéter pour une durée d'environ 30 minutes
- Informer de la possibilité d'irritation de la bouche

INHALATEUR BUCCAL

- Inhaler dans la bouche une cartouche au besoin sur une période de 20 minutes
- Informer de la possibilité d'irritation de la bouche et de la gorge, de toux, de rhinite
- Cesser l'inhalation et consulter un médecin, en cas de bronchospasme (surtout en présence d'asthme ou MPOC)

VAPORISATEUR BUCCAL

- Vaporiser dans la bouche 1 à 2 fois au besoin, maximum de 4 vaporisations par heure
- Informer de la possibilité de hoquet et d'irritation de la bouche et de la gorge
- Cesser la vaporisation et consulter un médecin, en cas de bronchospasme (surtout en présence d'asthme ou MPOC)

* ÉVITER DE BOIRE OU DE MANGER PENDANT LA PRISE ET 15 MINUTES APRÈS LA PRISE DE PRODUITS À COURTE DURÉE D'ACTION (GOMME, PASTILLE, INHALATEUR ET VAPORISATEUR) AFIN DE NE PAS NUIRE À L'ABSORPTION DE LA NICOTINE.



Richard Massé, M. D.
Directeur régional de santé publique

N° permis : 77416-5

Date : 26 février 2016

Cette ordonnance collective comprend le formulaire d'application ci-joint.
Elle est disponible sur le site Internet de la Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal à l'adresse suivante : www.oc-mtl.ca

Formulaire d'application de l'ordonnance collective de la thérapie de remplacement de la nicotine

Médecin signataire : Dr Richard Massé,
Directeur régional de santé publique, n° permis 77416-5

Nom : _____
Prénom : _____
Tél. : _____

Étiquette d'identification / Adressographe

1. ÉVALUATION

Nombre habituel de cigarettes/jour _____ 1^{re} cigarette ≤ 30 minutes du réveil : OUI NON

Absence de contre-indications ; si non, cochez une ou plusieurs cases

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Moins de 18 ans | <input type="checkbox"/> Arythmie sévère | <input type="checkbox"/> Hypersensibilité au menthol (inhalateur, vaporisateur) |
| <input type="checkbox"/> Grossesse ou allaitement | <input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde ou AVC (- de 2 sem.) | <input type="checkbox"/> Maladie bucco-dentaire sévère |
| <input type="checkbox"/> Allergie aux diachylons | <input type="checkbox"/> Angine instable ou sévère | <input type="checkbox"/> Maladie cutanée généralisée |

Absence d'effets secondaires ; si non, cochez une ou plusieurs cases

- | | | | | |
|---|--|--|---|---|
| Timbres : _____ <input type="checkbox"/> Éruption locale <input type="checkbox"/> Insomnie <input type="checkbox"/> Autres : | Gommes : _____ <input type="checkbox"/> Irritation muqueuse <input type="checkbox"/> Dyspepsie <input type="checkbox"/> Hoquet <input type="checkbox"/> Autres : | Pastilles : _____ <input type="checkbox"/> Irritation muqueuse <input type="checkbox"/> Autres : | Inhalateur <input type="checkbox"/> Irritation muqueuses <input type="checkbox"/> Toux-essoufflement <input type="checkbox"/> Bronchospasme <input type="checkbox"/> Autres : | Vaporisateur <input type="checkbox"/> Hoquet <input type="checkbox"/> Irritation muqueuses <input type="checkbox"/> Toux-essoufflement <input type="checkbox"/> Bronchospasme |
|---|--|--|---|---|

2. RECOMMANDATION

Timbres : _____ Gommes : _____ Pastilles : _____ Inhalateur Vaporisateur

Commentaires : _____

Pharmacien communautaire

Pharmacien en établissement

Professionnel de la santé

Nom : _____ Établissement : _____
N° de permis : _____ Téléphone : 514- _____

3. CONSENTEMENT DU PATIENT

J'accepte que le pharmacien transmette mes coordonnées à ligne j'Arrête pour qu'il puisse m'appeler pour m'informer des ressources d'aide en cessation.

Refus du patient

Meilleur moment pour appeler : Matin Jour Soir

Signature du patient : _____

TÉLÉCOPIER LE FORMULAIRE À LA **ligne j'Arrête** au **514 255-9856**

4. VALIDATION ET INITIATION DU TRAITEMENT : Espace réservé aux pharmaciens communautaires

IDENTIQUE À LA RECOMMANDATION

MODIFICATION

Nom du médicament : _____

Posologie : _____

Étiquette du médicament choisi

Nom du médicament : _____

Posologie : _____

Étiquette du médicament choisi

5. IDENTIFICATION DU PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE QUI INITIE LE TRAITEMENT

IDEM à celui de la recommandation

Nom du pharmacien : _____ Pharmacie : _____
N° de permis : _____ Téléphone : 514- _____

6. RÉFÉRENCE : Espace réservé à l'intervenant de la ligne j'Arrête

Types de suivis en cessation que le patient désire recevoir

en Centre d'abandon du tabagisme* avec la Ligne j'Arrête* avec un groupe de cessation* aucun

* Le patient accepte que l'intervenant de la **ligne j'Arrête** transmette ses coordonnées pour un suivi.

Date de l'envoi : _____