

Note de service

DESTINATAIRES : Tous les pharmaciens communautaires de la région de Chaudière-Appalaches, pharmacies préparatrices, et pharmaciens du département de pharmacie du site Hôtel-Dieu de Lévis

DATE : 17 juin 2021

OBJET : Projet pilote – Nouvelle feuille d’ordonnance préimprimée pour l’antibiothérapie intraveineuse à domicile (ATIVAD) – site Hôtel-Dieu de Lévis

Le comité ATIVAD régional du CIUSSS de Chaudière-Appalaches travaille depuis plusieurs mois en vue d’une harmonisation et optimisation de la trajectoire de soins et services en ATIVAD. Dans le cadre de ces travaux, une nouvelle ordonnance a été élaborée afin de favoriser une présentation complète et uniforme de toutes les informations dans un seul document.

Nous désirons dans un premier temps évaluer l’outil développé, par un projet pilote dans le site de l’Hôtel-Dieu de Lévis (HDL), puis dans le site de Thetford Mines éventuellement, nous permettant d’identifier les problématiques, le cas échéant, et d’y apporter des correctifs avant le déploiement à plus large échelle. Le projet pilote débutera le **22 juin prochain** à HDL et s’étendra jusqu’à la mi-septembre environ, où un bilan sera dressé. Nous vous tiendrons informés du moment où le projet sera intégré à Thetford Mines.

Une copie de l’ordonnance est jointe à la présente. Les informations relatives à la prescription de l’antibiotique et des tests de laboratoire associés y apparaissent en premier lieu, avec la signature médicale. Ensuite, les informations sur l’administration et les doses à servir par l’hôpital et la pharmacie dispensatrice seront signées par l’infirmière de l’unité et/ou le pharmacien. Enfin, les informations plus particulières aux services de première ligne apparaissent au verso et sont signées à nouveau s’il s’agit d’un intervenant différent. La programmation des pompes n’apparaît plus sur le formulaire, puisque nous avons intégré les mêmes recettes que la Capitale nationale, disponible sur le site du CIUSSS. Une ordonnance différente sera complétée à chaque visite ou suivi. **Vous recevrez les informations selon les mêmes modalités qu’actuellement.**

Outre la feuille d’ordonnance, seule la fourniture des tampons d’alcool par l’établissement constitue un changement **pour le site pilote (HDL) exclusivement**. En effet, l’établissement devrait éventuellement fournir les tampons d’alcool une fois tous les sites harmonisés, mais comme cette modalité est indiquée sur le nouveau formulaire, ceux-ci sont remis par l’hôpital au départ puis, aux suivis, par l’hôpital ou le CLSC selon les modalités de suivis. Les pharmacies préparatrices n’auront donc plus à fournir les tampons d’alcool pour les usagers de l’Hôtel-Dieu de Lévis seulement. Il est possible que certains oublis surviennent au départ, vous pourriez être sollicités à cet égard.

Nous souhaitons que l'ordonnance harmonisée soit un pas de plus vers une optimisation des soins et services dans la trajectoire ATIVAD, et espérons qu'elle répondra à vos besoins. Nous vous invitons à nous transmettre vos commentaires à la suite de l'expérimentation, le cas échéant, pour une bonification du formulaire, soit à l'adjoint du département de pharmacie de votre secteur, ou encore à la soussignée.

Nous vous remercions de votre collaboration.

« *Signature autorisée* »

Dominique Rousseau, pharmacienne

Chef adjointe du département régional de pharmacie – volet soins pharmaceutiques
CISSS de Chaudière-Appalaches

p.j. Ordonnance de médicaments parentéraux en ambulatoire ou à domicile

c.c. Pharmaciens adjoints de site du département régional de pharmacie

- Beauce
- Hôtel-Dieu de Lévis
- Lac Etchemin
- Montmagny
- Paul-Gilbert
- Thetford Mines

ORDONNANCE PRÉIMPRIMÉE
ORDONNANCE DE MÉDICAMENTS PARENTÉRAUX
EN AMBULATOIRE
OU À DOMICILE (ATIVAD¹)

DATE : ____/____/____ (aaaa/mm/jj) Visite initiale Visite de suivi (Diagnostic et verso idem au premier envoi) Suivi de laboratoire †

POIDS : _____ kg TAILLE : _____ cm
ALLERGIE(S) : _____ INTOLÉRANCE(S) : _____
DIAGNOSTIC : _____

ANTIBIOTIQUE IV		<input type="checkbox"/> Voir autre ordonnance pour deuxième antibiotique IV	
<input type="checkbox"/> Céfazoline IV _____ aux _____ heures	Traitement débuté le : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)		
<input type="checkbox"/> Ceftriaxone IV _____ aux _____ heures	Durée ou date de fin prévue : _____		
<input type="checkbox"/> Vancomycine IV _____ aux _____ heures (<input type="checkbox"/> Redman Syndrome)	<input type="checkbox"/> Relai oral probable au prochain rendez-vous		
<input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Fin de traitement probable au prochain rendez-vous		
À compléter aux visites de suivi	<input type="checkbox"/> Poursuite	<input type="checkbox"/> Cessation	<input type="checkbox"/> Modification
Traitement oral pour ce même diagnostic : _____ (Voir autre ordonnance)			

TESTS DE LABORATOIRE	
<input type="checkbox"/> Urée/Créatinine	<input type="checkbox"/> FSC <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Autres : _____
<input type="checkbox"/> La veille du prochain rendez-vous	<input type="checkbox"/> Autre date : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)
<input type="checkbox"/> Pic	<input type="checkbox"/> Creux <input type="checkbox"/> 8h post-dose <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> La veille du prochain rendez-vous <input type="checkbox"/> Autre date : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

Prochain rendez-vous : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur :	Numéro de permis :
<input type="checkbox"/> Téléphonique <input type="checkbox"/> Téléphonique + photo		

Certification du prescripteur : Cette ordonnance est l'originale. Les pharmaciens désignés ci-dessous sont les seuls destinataires. L'originale ne sera pas réutilisée.

INFORMATIONS SUR L'ADMINISTRATION		<input type="checkbox"/> Idem au premier envoi
À débiter : <input type="checkbox"/> STAT ou le ____/____/____ (aaaa/mm/jj) ____h	Heures d'administration : _____	
Mode d'administration	<input type="checkbox"/> Direct <input type="checkbox"/> Gravité <input type="checkbox"/> Pompe : Changement des tubulures les _____	
	<input type="checkbox"/> Infuseur <input type="checkbox"/> Vial	Changement du sac entre ____h et ____h
Aide requise pour l'administration	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Service courant <input type="checkbox"/> Soutien à domicile <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Irrigation / verrouillage du cathéter	<input type="checkbox"/> 2 seringues NaCl 0,9% (10 mL) / dose d'antibiotique SAUF si infuseur de vancomycine : <input type="checkbox"/> 3 seringues	
	<input type="checkbox"/> 1 seringue Héparine 10 unités/mL (3 mL) ou <input type="checkbox"/> Héparine 100 unités/mL (3 mL) / dose d'antibiotique	

DOSES À SERVIR	
Par l'hôpital	Du ____/____/____ ____h au ____/____/____ ____h inclus; # Doses _____
	<input type="checkbox"/> Tampons d'alcool (3/dose) <input type="checkbox"/> Piles (à changer q 3 jours) Remises par: <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> CLSC
Par la pharmacie dispensatrice	Du ____/____/____ ____h au ____/____/____ ____h inclus; # Doses _____ # NaCl _____ # Héparine _____

Signature de l'infirmière et/ou du pharmacien: _____

TRANSMISSION PAR TÉLÉCOPIEUR		<input type="checkbox"/> Pharmacie préparatrice si applicable (voir verso)
Pharmacie dispensatrice : _____	Tél. : _____ Téléc. _____	
Envoyée par (coordonnées au verso)	_____/____/____ (aaaa/mm/jj) ____h (Lettres moulées)	

AVIS DE CONFIDENTIALITÉ Cette télécopie est strictement réservée à l'usage de la personne ou de l'entité à qui elle est adressée et peut contenir de l'information privilégiée et confidentielle. Toute divulgation, distribution ou copie est strictement prohibée. Si vous avez reçu cette télécopie par erreur, veuillez nous en aviser sur-le-champ et en détruire toutes les copies.

DÉPARTEMENT DE PHARMACIE



Nom : _____ Prénom : _____ # Dossier : _____

COORDONNÉES ALTERNATIVES DE L'USAGER (SI APPLICABLE)

Livraison des médicaments à cet endroit

PERSONNES À CONTACTER EN CAS DE PROBLÈME (si autre que l'utilisateur)

Nom : _____ Lien avec l'utilisateur : _____
 Téléphone : _____ Cellulaire : _____ Autre : _____

ASSURANCES

RAMQ Privées

ISOLEMENT

SARM ERV C. Difficile Autre : _____

TYPES DE CATHÉTERS

Dispositif d'accès veineux périphérique (DAVP) Date d'installation : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)
 Dispositif d'accès veineux central (DAVC) Picc Line Date d'installation : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)
 Nombre de voies : _____ Coupé à : _____cm Site d'insertion : ____cm
 DAVC autre : _____

Se référer au protocole de soins infirmiers pour la séquence de changements des tubulures, rallonges, bouchons, et autres.

PANSEMENT

Changement à faire le : _____ Puis 1 fois par semaine

ENSEIGNEMENT

Non nécessaire Fait (initiales inf. : _____) À compléter/Supervision première dose Documentation avec 24/7 remis

RÉFÉRENCE FAITE Guichet d'accès volet santé Signature (si différente du recto) : _____

Nom CLSC (guichet d'accès)	Téléphone :	Télécopieur :
<input type="checkbox"/> Lac Etchemin	<input type="checkbox"/> Montmagny	<input type="checkbox"/> Saint-Romuald
<input type="checkbox"/> Laurier-Station	<input type="checkbox"/> Saint-Georges	<input type="checkbox"/> Sainte-Marie
<input type="checkbox"/> Lévis	<input type="checkbox"/> Saint-Lazare-de-Bellechasse	<input type="checkbox"/> Thetford Mines
<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COORDONNÉES DES PHARMACIES PRÉPARATRICES	Téléphone	Télécopieur
<input type="checkbox"/> Couture, Cormier et Fleury (Brunet-Qc)	(418) 847-3653 poste 4	(418) 915-5676
<input type="checkbox"/> Sirois et Fréchette (Jean Coutu-Qc)	(418) 872-2864 poste 6	(418) 872-7286
<input type="checkbox"/> Jean J. (Pharmaprix-Qc)	(418) 624-2010 poste 15	(418) 663-5411
<input type="checkbox"/> Groupe Lavoie (Qc)	(418) 780-7223 poste 1	(418) 780-3894
<input type="checkbox"/> Matte et Petit (Qc)	(418) 653-1991	(418) 653-6153
<input type="checkbox"/> Roy et Leblond (Famiprix- BE)	(418) 228-1017	(418) 227-9352
<input type="checkbox"/> Grenier, Veilleux, Gagné et Lachance (Jean Coutu-TM)	(418) 335-2903	(418) 335-0900
<input type="checkbox"/> Autre :		

COORDONNÉES DE L'EXPÉDITEUR	Téléphone
<input type="checkbox"/> Centre Paul Gilbert	(418) 380-8993 poste
<input type="checkbox"/> Hôpital de Montmagny	(418) 246-0630 poste
<input type="checkbox"/> Hôpital de Saint-Georges	(418) 228-2031 poste
<input type="checkbox"/> Hôpital de Thetford Mines	(418) 338-7777 poste
<input type="checkbox"/> Hôtel-Dieu de Lévis	(418) 835-7121 poste
<input type="checkbox"/> CLSC Lac Etchemin	(418) 625-3101 poste
<input type="checkbox"/> Autre :	-

Légende : ¹ ATIVAD : programme d'Antibiothérapie Intraveineuse À Domicile

† Lors du dosage d'un aminoside ou de la vancomycine, seules les informations reliées à cet antibiotique seront transmises au(x) destinataire(s) si le dosage est effectué entre les visites de suivi