

## Note de service

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

**DATE : 19 octobre 2021**

**OBJET : 2<sup>e</sup> projet pilote – Nouvelle feuille d’ordonnance pré-imprimée pour l’antibiothérapie intraveineuse à domicile (ATIVAD) – site Hôtel-Dieu de Lévis**

Le premier projet pilote qui s'est déroulé à l'Hôtel-Dieu de Lévis (HDL) durant les derniers mois a fait ressortir le besoin d'apporter certaines modifications au formulaire pour en faciliter l'utilisation et le rendre plus efficient. Une nouvelle version a été réalisée et comporte deux documents soit une ordonnance préimprimée évolutive et un formulaire consacré aux soins donnés et à poursuivre.

Nous désirons continuer l'évaluation de l'outil modifié par un projet pilote dans le site de l'HDL puis, dans un autre site éventuellement, nous permettant d'identifier si des problématiques demeurent. Le projet pilote débutera le **26 octobre prochain** à HDL et s'étendra jusqu'à la mi-janvier environ où un bilan sera alors dressé.

Une copie des deux documents est jointe à la présente. L'ordonnance préimprimée sera utilisée tout au cours du traitement avec une possibilité de quatre visites de suivis au verso du formulaire. Pour un traitement de plus longue durée, une deuxième ordonnance préimprimée devra être complétée. Pour sa part, le formulaire de soins du programme sera transmis seulement aux services de soins infirmiers de première ligne.

Outre la feuille d'ordonnance, seule la fourniture des tampons d'alcool par l'établissement constitue un changement **pour le site pilote (HDL) exclusivement**. Lors du premier projet pilote, la remise des tampons d'alcool par l'hôpital au départ puis, par l'hôpital ou le CLSC, a subi des ratés importants. Nous tentons de remédier à la situation pour la suite, mais il est possible que vous soyez sollicités. Les pharmacies préparatrices n'ont donc plus à fournir les tampons d'alcool pour les usagers de l'Hôtel-Dieu de Lévis **seulement**.

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 d'anti-infectieux en ambulatoire ou à domicile (ATIVAD)  
Programme d'anti-infectieux en ambulatoire ou à domicile (ATIVD)

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 D'ANTI-INFECTIEUX INTRAVEINEUX EN AMBULATOIRE OU À DOMICILE (ATIVAD)

POIDS : \_\_\_\_\_ kg

TAILLE : \_\_\_\_\_ cm

ALLERGIE(S) / INTOLÉRANCE(S) : \_\_\_\_\_

DIAGNOSTIC : \_\_\_\_\_

TRAITEMENT DÉBUTÉ LE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj)

DURÉE OU DATE DE FIN PRÉVUE : \_\_\_\_\_

#### ANTIBIOTIQUE IV

☐ Voir autre ordonnance pour deuxième antibiotique IV

☐ Céfazoline IV \_\_\_\_ aux \_\_\_\_ heures

☐ Ceftriaxone IV \_\_\_\_ aux \_\_\_\_ heures

☐ Vancomycine IV \_\_\_\_ aux \_\_\_\_ heures (☐ Redman Syndrome)

☐ Autre : \_\_\_\_\_ (☐ Perfusion prolongée)

Traitement oral pour ce même diagnostic : \_\_\_\_\_ (Voir autre ordonnance)

Revoir : \_\_\_\_\_

Prochain rendez-vous : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj)

☐ Téléphonique ☐ Téléphonique + photo

#### TESTS DE LABORATOIRE

☐ Créatinine

☐ FSC

☐ PCR

☐ Veille du prochain rendez-vous

☐ Autre date : \_\_\_\_\_

☐ Autres : \_\_\_\_\_

☐ 1x/semaine x \_\_\_\_ semaines. Les \_\_\_\_\_

☐ Pic

☐ Creux

☐ 8h post-dose

☐ Créatinine

☐ Veille du prochain rendez-vous

☐ Autre date : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj)

Signature du prescripteur : \_\_\_\_\_

Numéro de permis : \_\_\_\_\_

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

Heures d'administration

Mode d'administration

☐ Direct

☐ Gravité

☐ Pompe : Changement des tubulures les \_\_\_\_\_

☐ Infuseur

Changement du sac entre \_\_\_\_ h et \_\_\_\_ h

Aide requise pour l'administration

☐ Auto-administration

☐ CLSC

☐ Aidant naturel : \_\_\_\_\_

Irrigation / verrouillage du cathéter

☐ 2 seringues NaCl 0,9% (10 mL) / dose d'antibiotique SAUF si infuseur de vancomycine : ☐ 3 seringues

☐ 1 seringue Héparine 10 unités/mL (3 mL) ou ☐ Héparine 100 unités/mL (3 mL) / dose d'antibiotique

#### DOSES À SERVIR

Par l'hôpital Du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ h au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ h inclus; # Doses \_\_\_\_ (Tampons d'alcool 70% et piles fournis)

Par la pharmacie dispensatrice Du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ h au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ h inclus; # Doses \_\_\_\_ # NaCl \_\_\_\_ # Héparine \_\_\_\_

Signature de l'infirmière et/ou du pharmacien: \_\_\_\_\_

#### TRANSMISSION PAR TÉLÉCOPIEUR

Pharmacie dispensatrice : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_ Téléc. \_\_\_\_\_ Assurances : ☐ RAMQ ☐ Privées

Pharmacie préparatrice :

Téléphone

Télécopieur

Téléphone

Télécopieur

☐ Couture, Cormier et Fleury (Brunet-Qc)

(418) 847-3653 # 4

(418) 915-5676

☐ Boivin et Renaud (Proxim-Qc)

(418) 653-1991

(418) 653-6153

☐ Sirois et Fréchette (PJC-Qc)

(418) 872-2864 # 6

(418) 872-7286

☐ Roy et Leblond (Familiprix- BE)

(418) 228-1017

(418) 227-9352

☐ Jean J. (Pharmaprix-Qc)

(418) 624-2010 # 15

(418) 663-5411

☐ Grenier, Veilleux et ass. (PJC-TM)

(418) 335-2903

(418) 335-0900

☐ Groupe Lavoie (Qc)

(418) 780-7223 # 1

(418) 780-3894

☐ Autre :

Envoyée  
par

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj) Télécopieur : \_\_\_\_\_

☐ Beauce (418) 228-2031 # \_\_\_\_\_

☐ Hôtel-Dieu de Lévis (418) 835-7121 #13747

☐ Lac Etchemin (418) 625-3101 # \_\_\_\_\_

☐ Montmagny (418) 246-0630 # \_\_\_\_\_

☐ Paul-Gilbert (418) 380-8993 # \_\_\_\_\_

☐ Thetford Mines (418) 338-7777 # \_\_\_\_\_



Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ # Dossier : \_\_\_\_\_

### VISITE DE SUIVI / SUIVI DE LABORATOIRE

DATE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (aaaa/mm/jj)

- |                                                                                                                                                                                         |                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Poursuivre <input type="checkbox"/> Relai oral probable au prochain rendez-vous<br><input type="checkbox"/> Fin de traitement probable au prochain rendez-vous | <input type="checkbox"/> Cesser <input type="checkbox"/> Modifier (Voir nouvelle ordonnance) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|

Revoir : \_\_\_\_\_ ☐ Téléphonique   ☐ Téléphonique + photo    Prochain rendez-vous : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (aaaa/mm/jj)

|                                                                                                                         |                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Suivi de laboratoire <input type="checkbox"/> Idem à la prescription initiale<br><input type="checkbox"/> Ajout : _____ | Relance laboratoire : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|

**DOSES À SERVIR**                      Signature du prescripteur : \_\_\_\_\_    Numéro de permis : \_\_\_\_\_

Par l'hôpital                      Du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ h au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ h inclus; # Doses \_\_\_\_\_

Par la pharmacie dispensatrice    Du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ h au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ h inclus; # Doses \_\_\_\_\_ # NaCl \_\_\_\_\_ # Héparine \_\_\_\_\_

Signature de l'infirmière et/ou du pharmacien : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (aaaa/mm/jj)

- |                                                                                                                                                                                         |                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Poursuivre <input type="checkbox"/> Relai oral probable au prochain rendez-vous<br><input type="checkbox"/> Fin de traitement probable au prochain rendez-vous | <input type="checkbox"/> Cesser <input type="checkbox"/> Modifier (Voir nouvelle ordonnance) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|

Revoir : \_\_\_\_\_ ☐ Téléphonique   ☐ Téléphonique + photo    Prochain rendez-vous : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (aaaa/mm/jj)

|                                                                                                                         |                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Suivi de laboratoire <input type="checkbox"/> Idem à la prescription initiale<br><input type="checkbox"/> Ajout : _____ | Relance laboratoire : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|

**DOSES À SERVIR**                      Signature du prescripteur : \_\_\_\_\_    Numéro de permis : \_\_\_\_\_

Par l'hôpital                      Du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ h au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ h inclus; # Doses \_\_\_\_\_

Par la pharmacie dispensatrice    Du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ h au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ h inclus; # Doses \_\_\_\_\_ # NaCl \_\_\_\_\_ # Héparine \_\_\_\_\_

Signature de l'infirmière et/ou du pharmacien : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (aaaa/mm/jj)

- |                                                                                                                                                                                         |                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Poursuivre <input type="checkbox"/> Relai oral probable au prochain rendez-vous<br><input type="checkbox"/> Fin de traitement probable au prochain rendez-vous | <input type="checkbox"/> Cesser <input type="checkbox"/> Modifier (Voir nouvelle ordonnance) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|

Revoir : \_\_\_\_\_ ☐ Téléphonique   ☐ Téléphonique + photo    Prochain rendez-vous : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (aaaa/mm/jj)

|                                                                                                                         |                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Suivi de laboratoire <input type="checkbox"/> Idem à la prescription initiale<br><input type="checkbox"/> Ajout : _____ | Relance laboratoire : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|

**DOSES À SERVIR**                      Signature du prescripteur : \_\_\_\_\_    Numéro de permis : \_\_\_\_\_

Par l'hôpital                      Du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ h au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ h inclus; # Doses \_\_\_\_\_

Par la pharmacie dispensatrice    Du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ h au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ h inclus; # Doses \_\_\_\_\_ # NaCl \_\_\_\_\_ # Héparine \_\_\_\_\_

Signature de l'infirmière et/ou du pharmacien : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (aaaa/mm/jj)

- |                                                                                                                                                                                         |                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Poursuivre <input type="checkbox"/> Relai oral probable au prochain rendez-vous<br><input type="checkbox"/> Fin de traitement probable au prochain rendez-vous | <input type="checkbox"/> Cesser <input type="checkbox"/> Modifier (Voir nouvelle ordonnance) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|

Revoir : \_\_\_\_\_ ☐ Téléphonique   ☐ Téléphonique + photo    Prochain rendez-vous : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (aaaa/mm/jj)

|                                                                                                                         |                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Suivi de laboratoire <input type="checkbox"/> Idem à la prescription initiale<br><input type="checkbox"/> Ajout : _____ | Relance laboratoire : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|

**DOSES À SERVIR**                      Signature du prescripteur : \_\_\_\_\_    Numéro de permis : \_\_\_\_\_

Par l'hôpital                      Du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ h au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ h inclus; # Doses \_\_\_\_\_

Par la pharmacie dispensatrice    Du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ h au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ h inclus; # Doses \_\_\_\_\_ # NaCl \_\_\_\_\_ # Héparine \_\_\_\_\_

Signature de l'infirmière et/ou du pharmacien : \_\_\_\_\_

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

## PROGRAMME D'ANTI-INFECTIEUX INTRAVEINEUX EN AMBULATOIRE OU À DOMICILE (ATIVAD)

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_ ☐ Visite initiale ☐ Visite de suivi

MÉDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_

ISOLEMENT ☐ SARM ☐ ERV ☐ C. Difficile ☐ Autre : \_\_\_\_\_

TEMPÉRATURE : \_\_\_\_\_ [Initiales inf. \_\_\_\_\_]

TYPE DE CATHÉTER [Initiales inf. \_\_\_\_\_] Se référer au protocole de soins infirmiers pour la séquence de changements des tubulures, rallonges, bouchons et autres.

☐ Dispositif d'accès veineux périphérique (DAVP) ☐ Perméable Site \_\_\_\_\_ Date d'installation : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

☐ Dispositif d'accès veineux central (DAVC) ☐ Picc Line ☐ Autre \_\_\_\_\_ Date d'installation : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre de voies : \_\_\_\_ Site d'insertion coupé à : \_\_\_\_ cm ☐ Changement pansement à faire le : \_\_\_\_\_, puis 1 fois par semaine

PANSEMENT [Initiales inf. \_\_\_\_\_]

☐ Suivi Clinique des plaies complexes (CPC) ☐ Suivi soins de plaies

ENSEIGNEMENT [Initiales inf. \_\_\_\_\_]

☐ Non nécessaire

☐ Auto-administration par : \_\_\_\_\_ ☐ Technique adéquate ☐ À compléter/Supervision première dose

Technique d'administration : ☐ Direct ☐ Infuseur ☐ Gravité ☐ Pompe ☐ Changement sac fait par : \_\_\_\_\_

☐ Vidéo visionnée ☐ Documentation ATIVAD remise ☐ Manipulation de la pompe : Modèle \_\_\_\_\_

☐ Enseignement fictif

☐ Notions d'hygiène ☐ Surveillance des signes de complications reliés à DAVC/DAVP ☐ Conseils pour les AVQ ☐ Surveillance de la température

Satisfaction de l'enseignement offert : ☐ oui ☐ non Commentaires : \_\_\_\_\_

TRAITEMENT ☐ Traitement cessé [Initiales inf. \_\_\_\_\_]

Médication(s) administrée(s) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

☐ Programmation pompe vérifiée ☐ Pompe installée et mise en marche Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

MATERIEL REMIS ☐ Tampons d'alcool 70% (3/dose) ☐ Piles (à changer aux 3 jours) [Initiales inf. \_\_\_\_\_]

TESTS DE LABORATOIRE [Initiales inf. \_\_\_\_\_]

☐ Créatinine ☐ FSC ☐ PCR ☐ Autre(s) : \_\_\_\_\_ ☐ Fait ce jour - Site : \_\_\_\_\_ ☐ À faire le : \_\_\_\_\_

COORDONNÉES ALTERNATIVES DE L'USAGER (Si applicable)

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

Nom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'utilisateur : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_

RÉFÉRENCE FAITE [Initiales inf. \_\_\_\_\_] ☐ Guichet d'accès volet santé (Veuillez communiquer avec usager) ☐ Documentation 24/7 remis

Nom CLSC (guichet d'accès)

Téléphone :

Télécopieur :

☐ Lac Etchemin

☐ Montmagny

☐ Saint-Romuald

☐ Laurier-Station

☐ Saint-Georges

☐ Sainte-Marie

☐ Lévis

☐ Saint-Lazare-de-Bellechasse

☐ Thetford Mines

☐ Autre :

Départ de l'utilisateur : \_\_\_\_\_ Date du prochain RDV \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ Présentiel ☐ Suivi téléphonique/ télémédecine

☐ Suivi pour relance labos le (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

DÉPARTEMENT DE PHARMACIE

verso



No de dossier : \_\_\_\_\_

[illegible]

| Signature | Initiales | Signature | Initiales |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
|           |           |           |           |
|           |           |           |           |
|           |           |           |           |
|           |           |           |           |
|           |           |           |           |