Santé Québec
Montérégie-Ouest

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

ANTIBIOTHÉRAPIE INTRAVEINEUSE AMBULATOIRE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

DIAGNOSTIC : _____

CONDUITE

☐ Première ordonnance ☐ Ordonnance de suivi

☐ Le traitement se poursuit pour la durée indiquée même si l'usager est réévalué par le médecin

☐ Le traitement doit être represcrit après réévaluation de l'usager par le médecin

☐ Les critères d'initiation et d'exclusion d'administration des antibiotiques intraveineux en ambulatoire sont respectés (voir tableaux 1, 2 et 3 en annexe)

☐ En cas de délai de préparation de la médication ou de la fermeture du CLSC, la dose peut être administrée le lendemain matin.

SOINS INFIRMIERS

☐ Suivi infirmier de l'évolution en médecine de jour (MDJ) dans : _____ jour(s)

☐ Réévaluation médicale en MDJ dans : ____ jour(s)
- ☐ Médecin de l'urgence répondant (Postcure/Relance)
- ☐ Microbiologiste : _____
- ☐ Médecin hospitaliste : _____

Autre : _____

- Remettre les ordonnances de départ et/ou l'ordonnance ouverte
- Donner les comprimés de dépannage, si en dehors des heures d'ouverture des pharmacies communautaires
- Remettre et lire la feuille de conseils avec l'usager et lui donner des explications au besoin
- Organiser antibiothérapie IV ambulatoire telle que prescrite et orienter l'usager

Autre : _____

MÉDICAMENTS

_____ Céfazoline ☐ 1 g **OU** ☐ 2 g pour _____ jours (servir en seringue)
Initiales

☐ Pleine dose q 8 h si Clcr supérieure ou égale à 35 mL/min
☐ 50 % de la dose q 12 h si Clcr inférieure à 35 mL/min
☐ 50 % de la dose q 24 h si Clcr inférieure à 10 mL/min
☐ 500 mg ou ☐ 1 g q 24 h si hémodialyse

Pour les usagers en bonne santé sans atteinte rénale et pour une courte durée (24-72 heures) la combinaison céfazoline et probénécide peut être utilisée

Céfazoline 2 g IV DIE pour _____ jours (servir en seringue)

_____ **ET**
Initiales

Probénécide 1 g PO DIE 15 à 30 min avant l'administration de la céfazoline pour _____ jours
Ce médicament n'est pas remboursé par la RAMQ

_____ Clindamycine _____ mg IV q 8 h pour ____ jours (servir en infuseur)
Initiales

_____ Ertapenem _____ mg IV q 24 h pour _____ jours (servir en infuseur)
Initiales
Limiter la dose à 500 mg q 24 h si Clcr inférieure à 30 ml/min

_____ Ceftriaxone _____ mg IV q 24 h pour _____ jours (servir en infuseur)
Initiales

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis

☐ Envoyé par _____ (initiales) Heure d'envoi : _____ Ordonnance relevée par : _____ (initiales)

ANTIBIOTHÉRAPIE INTRAVEINEUSE AMBULATOIRE (SUITE)

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

_____ Pipéracilline-tazobactam pour _____ jours
Initiales (servir en infuseur)

☐ 4,5 g IV q 8 h si Clcr supérieure à 40 mL/min
☐ 3,375 g IV q 8 h si Clcr de 20 à 40 mL/min
☐ 2,25 g IV q 8 h si Clcr inférieure à 20 mL/min
☐ 2,25 g IV q 8 h si dialyse + 0,75 g IV après la dialyse

_____ Gentamicine _____ mg IV q _____ h pour _____ jours
Initiales

Dosage requis le _____ avant la dose (préciser laquelle) _____, puis fréquence _____
AAAA-MM-JJ

_____ Vancomycine _____ mg IV q _____ h pour _____ jours
Initiales

Dosage requis le _____ avant la dose (préciser laquelle) _____, puis fréquence _____
AAAA-MM-JJ

Autre : _____

Si pour une raison particulière, l'usager ne peut pas recevoir son traitement en seringue ou en infuseur, simplement rayer le mode d'administration proposé et inscrire le nouveau mode à la main. Utiliser les lignes pour les autres antibiotiques tels que l'ampicilline ou la tobramycine et spécifier la mode d'administration, pompe ou infuseur.

TRAITEMENT PO EN CAS D'IMPOSSIBILITÉ D'ADMINISTRER L'ANTIBIOTHÉRAPIE INTRAVEINEUSE PRESCRITE

_____ En cas de défectuosité du dispositif d'administration (infuseur ou pompe) ou de problème avec le cathéter,
Initiales prendre une dose de _____ q _____ h pendant _____ ou selon les directives de l'infirmière du CLSC.

_____ Aucun antibiotique PO en dépannage, faire revoir par un médecin.
Initiales

IRRIGATION PAR TURBULENCE

_____ 3 mL de NaCl 0,9% cathéter court (utiliser une seringue de 10 mL afin d'obtenir une pression adéquate)
Initiales AVANT et APRÈS chaque dose d'antibiotique (servir 2 seringues par dose)

_____ 10 mL de NaCl 0,9% accès veineux central avant et après chaque dose d'antibiotique (servir 2 seringues par dose)
Initiales Si requis lors d'administration d'une préparation visqueuse, le pharmacien pourra ajuster le volume comme suit :
20 mL de NaCl 0,9% accès veineux central avant et après chaque dose d'antibiotique (servir 2 seringues par dose)

LABORATOIRE : UTILISER LA REQUÊTE D'ANALYSES EXTERNE DE BIOLOGIE MÉDICALE

☐ Culture de plaie avant de débuter les antibiotiques (en présence d'écoulement purulent seulement)

Les résultats des dosages seront suivis par :
☐ MD traitant : _____
☐ Pharmacie communautaire préparatrice
Autre : _____

****Si usager externe → UTILISER LA REQUÊTE D'ANALYSES EXTERNE DE BIOLOGIE MÉDICALE****

Nom du pharmacien : _____ Télécopieur : _____
Cette ordonnance est l'originale. Le pharmacien identifié est le seul destinataire. Le document original ne sera pas réutilisé.

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis
☐ Envoyé par _____ (initiales)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (initiales)

Santé Québec
Montérégie-Ouest

Annexe

Tableau 1. Critères d'INITIATION	
Critères d'initiation	• Classification de l'infection identifiée • Consultation en chirurgie faite pour drainage / débridement PRN • Pour toute administration prévisible pour plus d'une semaine, considérer l'installation d'une voie centrale • Si l'enseignement n'est pas possible pour l'usager ou son réseau, envisager une administration aux 24 heures ou prescrire l'administration sous pompe à perfusion ambulatoire. Prévoir un Piccline • Aucun critère d'exclusion identifié • Stabilité clinique de la maladie infectieuse ; • Nécessité d'un traitement intraveineux pour lequel l'usager accepte les modalités de traitement ; • Accès à une voie veineuse sûre et stable selon le jugement clinique de l'équipe traitante ; • Absence de solution de rechange orale ; • Moyen de communication accessible (téléphone) ; • Diagnostic et plan médical et/ou chirurgical définis et clairs ; • Présence d'un lavabo avec du savon ou gel alcoolisé dans le lieu d'administration des antibiotiques ; • Accès à un réfrigérateur pour que le médicament soit conservé aux conditions optimales.
Critères d'initiation 1ère dose en CLSC	• La première dose doit être administrée en clinique ambulatoire de soins infirmiers ou par l'équipe de soins intensifs à domicile (SIAD) • Toute dose test ou test de provocation doit se faire en présence médicale immédiate pour la durée de l'administration incluant le temps de surveillance. Certains CLSC n'offrent pas ce service (se référer au guide l'INESSS)

Tableau 2. Critères d'EXCLUSION	
Contre-indications pour un traitement ambulatoire et à domicile	
• Moins de 14 ans • Situation sociale qui ne le permet pas • Condition psychiatrique instable • Usage actif de drogue intraveineuse (UDI) ou risque significatif de rechute d'usage de drogues intraveineuses • Sepsis / instabilité hémodynamique • Confusion ou atteinte de l'état de conscience • Douleur locale extrême • Lésion rapidement progressive • Grand abcès non drainé	• Antécédents suicidaires récents • Comorbidité qui se détériore : diabète débalancé, insuffisance cardiaque/hépatique/rénale • Soupçon de fasciite ex. douleur non-proportionnée aux trouvailles cliniques, bulles, hémorragie cutanée, nécrose cutanée, anesthésie de la région atteinte, crépitants, progression rapide de la plaie : de plus de 5 cm/h ou toxicité systémique. • Incapacité physique compromettant le traitement ex. : capacité visuelle ou auditive problématique

Tableau 3. Contre-indications à l'administration de probénécide	
Contre-indications absolues à l'administration de probénécide	
• Goutte aiguë • Calculs rénaux • Dyscrasie sanguine • Ulcus peptique sans traitement • Clairance de créatinine inférieure à 30 mL/min • Allergie probénécide	• Interactions médicamenteuses ○ AINS ○ AAS à haute dose ○ Méthotrexate ○ Mycophénolate
Contre-indications relatives à l'administration de probénécide	
• Obésité IMC de plus de 40 kg/m^2 • Ulcères variqueux chroniques • Échec au traitement oral	