

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

RECOMMANDATION(S) DE TRAITEMENT POUR L'INFECTION A CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____

ÉPISODE INITIAL léger à modéré

Critères :

- Leucocytes inférieurs ou égaux à $15 \times 10^9/L$ et créatinine sérique inférieure ou égale à 1,5 x la valeur de base

Traitement recommandé :

Première ligne :

_____ Vancomycine 125 mg PO QID pour _____ jours (recommandation : 10 à 14 jours)

Initiales

Alternatives :

_____ Métronidazole 500 mg PO TID pour _____ jours (recommandation : 10 à 14 jours)

Initiales

OU

_____ Fidaxomicine 200 mg PO BID pour 10 jours (Rx d'exception à la RAMQ seulement pour allergie à la vancomycine, document à compléter)

Initiales

ÉPISODE INITIAL sévère sans complication

Critères :

- Leucocytes supérieurs à $15 \times 10^9/L$ OU
- Créatinine sérique supérieure à 1,5 x la valeur de base et hypoalbuminémie (albumine inférieure à 30 g/L)

Traitement recommandé :

_____ Vancomycine 125 mg PO QID pour _____ jours (recommandation : 10 à 14 jours)

Initiales

Alternative si allergie sévère à la vancomycine:

_____ Fidaxomicine 200 mg PO BID pour 10 jours (Rx d'exception à la RAMQ seulement pour allergie à la vancomycine, document à compléter)

Initiales

ÉPISODE INITIAL sévère avec complication

Critères :

- Hypotension ou choc, iléus, megacolon

Traitement recommandé :

_____ Vancomycine _____ mg (recommandation : 125 à 500 mg) PO QID pour _____ jours (recommandation : 10 à 14 jours)

Initiales

ou via tube nasogastrique en association avec métronidazole IV 500 mg aux 8 heures pour la même période que la vancomycine.

Alternative si allergie sévère à la vancomycine:

_____ Fidaxomicine 200 mg PO BID pour 10 jours (Rx d'exception à la RAMQ seulement pour allergie à la vancomycine, document à compléter)

Initiales

en association avec métronidazole IV 500 mg aux 8 heures pour 10 jours.

Si iléus paralytique présent, possibilité d'ajouter :

_____ Vancomycine IR 500 mg dans 250 mL de NaCl 0,9% toutes les 6 heures comme lavement à rétention

Initiales

RÉCIDIVES

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

RECOMMANDATION(S) DE TRAITEMENT POUR L'INFECTION A CLOSTRIDIUM DIFFICILE (SUITE)

Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
 AAAA-MM-JJ
 NAM : _____ Exp. _____
 AAAA-MM
 Nom de la mère : _____

Première récurrence légère à modérée

Critères :

- Leucocytes inférieurs ou égaux à $15 \times 10^9/L$ ET
- Créatinine sérique inférieure ou égale à 1,5 x la valeur de base

Traitement recommandé :

Première ligne :

_____ Vancomycine 125 mg PO QID pour 14 jours

Initiales

Alternative si allergie sévère à la vancomycine:

_____ Fidaxomicine 200 mg PO BID pour 10 jours (Rx d'exception à la RAMQ seulement pour allergie à la vancomycine, document à compléter)

Initiales

Alternatives si l'utilisation de vancomycine ou fidaxomicine impossible :

_____ Métronidazole 500 mg PO TID pour _____ jours (recommandation : 10 à 14 jours)

Initiales

Première récurrence sévère sans complication

Critères :

- Leucocytes supérieurs à $15 \times 10^9/L$ OU
- Créatinine sérique supérieure à 1,5 x valeur de base
- Hypoalbuminémie (albumine inférieure à 30 g/L)

Traitement recommandé :

_____ Vancomycine 125 mg PO QID pour 14 jours

Initiales

OU

_____ Fidaxomicine 200 mg PO BID pour 10 jours (Rx d'exception à la RAMQ seulement pour allergie à la vancomycine, document à compléter)

Initiales

Deuxième récurrence ou récurrences subséquentes

Traitement recommandé :

Vancomycine à doses décroissantes :

125 mg PO QID pour 14 jours puis

125 mg PO TID pour 7 jours puis

125 mg PO BID pour 7 jours puis

125 mg PO une fois par jour pour 7 jours et ensuite

125 mg PO tous les 2 jours pour _____ semaines (recommandation : 2 à 8 semaines au total).

Initiales

Envisager une transplantation de flore fécale pour une récurrence après un traitement de doses décroissantes de vancomycine

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du prescripteur

_____ # permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)