

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

**PHARMACOTHERAPIE ET PLAN D'ACTION
LORS D'EXACERBATION AIGUE MPOC
ORDONNANCE EXTERNE**

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

PHARMACOTHÉRAPIE D'ENTRETIEN DE LA MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE (MPOC)

Antagoniste muscarinique et/ou Bêta-2 agoniste à longue durée d'action avec ou sans corticothérapie inhalé

_____	_____ mcg	_____ inh	_____ x jours	_____	Rép. : _____
Initiales				CODE RAMQ	
_____	_____ mcg	_____ inh	_____ x jours	_____	Rép. : _____
Initiales				CODE RAMQ	
_____	_____ mcg	_____ inh	_____ x jours	_____	Rép. : _____
Initiales				CODE RAMQ	

BRONCHODILATATEUR DE COURTE DURÉE D'ACTION POUR SOULAGER LA DYSPNÉE AIGÛE

_____	_____ mcg	_____ inh	_____ PRN	Rép. : _____
Initiales				

PLAN D'ACTION LORS D'EXACERBATION AIGUË MPOC (EAMPOC)

Corticostéroïdes

_____	Prednisone 50 mg PO DIE x 5 jours
Initiales	OU
_____	Prednisone 25 mg PO DIE x 5 jours
Initiales	<i>Personne frêle ou de petit poids, polymédication, antécédent de délirium, maladie psychiatrique concomitante, diabète mal contrôlé</i>
_____	Autre : _____
Initiales	

Antibiothérapie (se référer au soutien à la prise de décision concernant le choix de l'antibiotique à l'annexe 1)

_____	Antibiotique de 1 ^{re} intention	_____ mg	PO	_____ x _____ jours
Initiales				
_____	Antibiotique de 2 ^e intention	_____ mg	PO	_____ x _____ jours
Initiales	<i>Antibiotique de 2^e intention = en réserve à amorcer par l'inhalothérapeute ou le médecin</i>			
_____	Culture d'expectoration : ☐ avant de débiter un 2 ^e antibiotique pour une même exacerbation			
Initiales	☐ après échec du 2 ^e antibiotique pour une même exacerbation			
	☐ autre _____			
_____	Nombre de renouvellement pour le plan d'action : _____			
Initiales				

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

Traitement d'entretien pour réduire les EAMPOC

IMPORTANCE DES SYMPTÔMES		THÉRAPIE ¹
CRMm 0 ou 1 OU CAT ^{MC} moins de 10	Peu ou pas de symptômes ; Risque faible d'exacerbation	AMLA ² ou BALA
CRMm 2 ou plus OU CAT ^{MC} 10 ou plus 20	Présence significative de symptômes	AMLA + BALA
Risque élevé d'exacerbation aigüe	2 exacerbations ou plus ayant nécessité un corticostéroïde oral et/ou un antibiotique OU 1 exacerbation ou plus ayant nécessité une hospitalisation dans la dernière année	AMLA + BALA + CSI si EOS ≥ 300 ou antécédent d'asthme

1. Il n'y a généralement pas d'avantage à prescrire un CSI si le risque d'exacerbation est faible, sauf en cas d'asthme concomitant

2. Un AMLA est préférable, comparativement à un BALA, puisqu'il serait supérieur pour prévenir, notamment, des exacerbations aigües

AMLA :	Antagonistes muscariniques à longue durée d'action (ex : Spiriva, Seebri, Incruse)	Monothérapie
BALA :	Bêta-2 agonistes à longue durée d'action (ex : Serevent, Oxeze)	
AMLA + BALA :	Antagonistes muscariniques à longue durée d'action /Bêta-2 agonistes à longue durée d'action (ex: Ultibro, Anoro, Inspiro)	Bithérapie
AMLA + BALA + CSI :	Antagonistes muscariniques à longue durée d'action/Bêta-2 agonistes à longue durée d'action/corticostéroïde inhalé (ex: Trelegy, Breztri)	Trithérapie

Gravité de l'EAMPOC - Symptômes et signes cliniques

Une EAMPOC se définit par une augmentation des symptômes respiratoires et inflammatoires avec ou sans purulence des expectorations de façon soutenue depuis au moins 48hrs à 14jrs sans quoi une évaluation médicale est requise.

LÉGÈRE	MODÉRÉE	SÉVÈRE
- Dyspnée accentuée légèrement comparativement à l'état habituel - Rythme respiratoire augmenté (< 24 respirations/minute); - Rythme cardiaque augmenté (< 5 bpm) - Saturation de ≥ 92 % ET/OU variation de ≤ 3% (lorsque connues)	- Dyspnée accentuée de modérément à fortement comparativement à l'état habituel - Rythme respiratoire augmenté (≥ 24 respirations/minute) - Rythme cardiaque accéléré (≥ 95 bpm) - Saturation de < 92 % ET/OU variation de > 3% (lorsque connues)	- Augmentation de la dyspnée, rythme respiratoire et rythme cardiaque, puis diminution de la saturation comme pour l'exacerbation de gravité modérée ET - Hypercapnie (PaCO₂ > 45 mm Hg) avec acidose (pH < 7,35) OU - État nécessitant une hospitalisation

Soutien à la prise de décision concernant le choix de l'antibiotique

Risque d'échec thérapeutique ou de complications	Antibiotiques et posologie Insuffisance rénale, ajuster selon le Protocole Médicale National N° 628007 - Allergies aux pénicillines, consulter INESSS Corticostéroïde et antibiotiques (annexe A) ou outil complet sur l' Allergie présumée aux pénicillines	
FAIBLE < 2 épisodes/an et aucun épisode ayant nécessité une hospitalisation ET - VEMS >50% ET - Comorbidité avec risque limité ET - Personne en milieu ambulatoire	Antibiothérapie de 1^{re} intention Amoxicilline 1000 mg PO TID OU Azithromycine 500 mg PO DIE le 1 ^{er} jour PUIS 250 mg PO DIE du 2 ^e au 5 ^e jour OU Clarithromycine 500 mg PO BID OU Clarithromycine XL 1000 mg PO DIE OU Doxycycline 100 mg PO BID OU Triméthoprim-sulfaméthoxazole 160/800 mg PO BID Autres options : Les céphalosporines de 2 ^e génération ont un risque plus élevé de diarrhée/colite à Clostridioides difficile Cefprozil 500mg PO BID OU Céfuroxime axétil 500mg PO BID	
	Antibiothérapie de 2^e intention Amoxicilline-Clavulanate 875/125mg PO BID OU Si P. aeruginosa suspectée : Lévofloxacine 750mg PO DIE * Risque plus élevé de diarrhée/colite à Clostridioides difficile	5 jours (5 à 7 jours)
	Antibiothérapie de 1^{re} intention Amoxicilline-Clavulanate 875/125mg PO BID OU Si P.aeruginosa suspectée : Lévofloxacine 750mg PO DIE * Risque plus élevé de diarrhée/colite à Clostridioides difficile	5 jours (5 à 7 jours)
ÉLEVÉ ≥ 2 épisodes/an dont un dans les 6 derniers mois (≥ 4 épisodes/an = risque + de P. aeruginosa) ou ≥ 1 épisode ayant nécessité une hospitalisation OU - VEMS < 50% OU - Comorbidité majeure établie - Hypoxémie ou hypercapnie OU - Antibiorésistance au traitement 1^{ère} intention OU - Personne hospitalisée ou avec désaturation	Aucune antibiothérapie n'est recommandée. Une évaluation médicale avec recherche de l'agent pathogène est requise en cas d'échec	

Sources et liens : [INESSS \(2025\) Guide d'usage optimal: Maladie pulmonaire obstructive chronique](#); [INESSS \(rév.2025\) Guide d'usage optimal: Exacerbation aigüe de la maladie pulmonaire obstructive chronique](#); [INESSS \(2025\) Protocole # 628007](#) ; [Autoquestionnaire COPD Assessment Test \(CAT^{MC}\)](#); [Échelle du Conseil de recherches médicales modifiée \(CRMm\)](#)

Ordonnance individuelle pré-imprimée

PHARMACOTHÉRAPIE ET PLAN D'ACTION LORS D'EXACERBATION AIGUE MPOC

