

Installation : _____

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

INFECTION DU PIED DIABETIQUE

ANTIBIOTHERAPIE INTRAVEINEUSE AMBULATOIRE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm Clairance : _____ mL/min

Allergies : _____

- DIAGNOSTIC :** ☐ Cellulite
☐ Infection d'ulcère du pied diabétique
☐ Suspicion ostéomyélite

CONDUITE

- ☐ Première ordonnance ☐ Ordonnance de suivi
☐ Les critères d'initiation et d'exclusion d'administration des antibiotiques intraveineux en ambulatoire sont respectés (voir tableaux 1 et 2 en annexe)
Validité de l'ordonnance :
☐ Poursuivre le traitement pour la durée indiquée même si l'usager est réévalué par le médecin
OU
☐ Attendre une nouvelle ordonnance après la réévaluation de l'usager par le médecin

SOINS INFIRMIERS

Accès veineux : ☐ Salin lock ☐ PICC Line

Soins de plaie, préciser _____

- ☐ 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 : _____

LABORATOIRES

- ☐ FSC, Électrolytes, Créatinine, CRP ☐ Si atteinte systémique : Hémocultures x 2, Gaz veineux, Lactate, CK
☐ Culture de plaie

Les résultats des dosages d'antibiotique seront suivis par :

- ☐ MD traitant : _____
☐ Pharmacie communautaire préparatrice
Autre : _____

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

IMAGERIE MÉDICALE → UTILISER LA REQUÊTE D'IMAGERIE APPROPRIÉE

- Radiographie du pied _____
- IRM
- Technétium et Gallium
- Doppler artérielle MI

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du prescripteur

permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

INFECTION DU PIED DIABETIQUE ANTIBIOTHÉRAPIE INTRAVEINEUSE AMBULATOIRE (SUITE)

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

____ Céfazoline ☐ 1 g **OU** ☐ 2 g pour ____ jours ☐ Pleine dose q 8 h si Clcr supérieure ou égale à 35 mL/min
Initialies (servir en seringue) ☐ 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, la céfazoline combinée à probénécide DIE peut être envisagée

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

ET

____ Probénécide 1 g PO DIE 15 à 30 minutes avant l'administration de la céfazoline pour ____ jours
Initialies *Non remboursé par la RAMQ*

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

____ Clindamycine 600 mg IV q 8 h pour ____ jours (servir en infuseur)

____ Ertapénem ____ mg IV q 24 h pour ____ jours (servir en infuseur)
Initialies *Limiter la dose à 500 mg q 24 h si Clcr inférieure à 30 mL/min*

____ Pipéracilline-Tazobactam pour ____ jours ☐ 4,5 g IV q 8 h si Clcr supérieure à 40 mL/min
Initialies (servir en infuseur) ☐ 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

____ Méropénem pour ____ jours ☐ 500 mg IV q 8 h si Clcr supérieure à 50 mL/min
Initialies (servir en infuseur) ☐ 500 mg IV q 12 h si Clcr de 25 à 50 mL/min
☐ 250 mg IV q 12 h si Clcr de 10 à 24 mL/min
☐ 250 mg IV q 24 h si Clcr inférieure à 10 mL/min

____ Vancomycine ____ mg IV q ____ h pour ____ jours

____ Dosage requis le ____ avant la dose (préciser laquelle) ____, puis fréquence ____
Initialies AAAAA-MM-JJ

Traitement PO de dépannage en cas d'impossibilité temporaire d'administrer l'antibiothérapie intraveineuse prescrite

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

____ Aucun antibiotique PO en substitution, faire revoir par un médecin
Initialies

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

INFECTION DU PIED DIABETIQUE ANTIBIOTHÉRAPIE INTRAVEINEUSE AMBULATOIRE (SUITE)

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

IRRIGATION

_____ Irriguer par turbulence avec 3 mL de NaCl 0,9% pour cathéter court (utiliser une seringue de 10 mL afin d'obtenir une pression adéquate) avant et après chaque dose d'antibiotique (servir 2 seringues par dose)

Initiales

_____ Irriguer par turbulence avec 10 mL de NaCl 0,9% pour accès veineux central avant et après chaque dose d'antibiotique (servir 2 seringues par dose)

Initiales

CONSULTATIONS

- ☐ Microbiologie-infectiologie
- ☐ Chirurgie vasculaire
- ☐ Orthopédie
- ☐ Infirmière en soins de plaie

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 _____ (init.)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

OIPI-929 (2022-11) Ordonnance individuelle pré-imprimée Page 3 de 3
INFECTION DU PIED DIABETIQUE – ANTIBIOTHÉRAPIE IV AMBULATOIRE Dossier médical

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'utilisateur 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'utilisateur accepte les modalités de traitement ; • <u>Accès à une voie veineuse sûre et stable</u> 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 1 ^{ère} 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 • Utilisateur de drogue intraveineuse actif • 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, crépitations, progression rapide de la plaie : de plus de 5 cm/h ou toxicité systémique. • Incapacité physique compromettant le traitement (p. ex. : capacité visuelle ou auditive problématique) • Usage actif de drogue intraveineuse ou risque significatif de rechute d'usage de drogues intraveineuses
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 • Ulcères variqueux chroniques • Échec au traitement oral	