

N° dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

NAM : _____ Exp. : 20__/___

Date de naissance : ____/____/____ M F
Année Mois Jour

ORDONNANCE COLLECTIVE

S'applique à : RLS Pierre-Boucher RLS Richelieu-Yamaska RLS Pierre-De Saurel Services jeunesse GMF EDST

Relative à l'initiation de mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez un usager présentant une douleur pharyngée

OC-00091

Date d'entrée en vigueur 2024/ 01 / 17
Année mois jour

Date de révision ____/____/____
Année mois jour

Protocole Oui Non
Relatif à l'initiation de mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez un usager présentant une douleur pharyngée

Date de péremption 2027 / 01 / 17
Année mois jour

SITUATION CLINIQUE OU CLIENTÈLE

- Usager ≥ 3 ans présentant une douleur pharyngée

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES

Infirmière :

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique
- Initier les mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance
- Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance
- Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes

Pharmacien :

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne dans le but d'assurer l'usage approprié des médicaments
- Surveiller la thérapie médicamenteuse
- Amorcer, ajuster ou cesser la thérapie médicamenteuse d'un usager

PROFESSIONNELS AUTORISÉS

Dépistage et traitement pharmacologique :

- Toute infirmière exerçant dans un des secteurs suivants :
 - Groupe de médecine de famille (GMF) et groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U)
 - Guichet d'accès à la première ligne (GAP)
 - Points de service locaux

Traitement pharmacologique :

Tout pharmacien communautaire

INDICATIONS

- Usager ≥ 3 ans présentant un des symptômes suivant :
 - Douleur pharyngée aiguë
 - OU
 - Odynophagie (douleur à la déglutition)

CONTRE-INDICATIONS

- Stridor ou signes de détresse respiratoire (tachypnée, dyspnée)
- Hypersalivation
- Dysphonie nouvelle
- Dysphagie avec incapacité de boire ou manger
- Trismus (spasme des muscles de la mastication)
- Gonflement visible dans le pharynx, de la paroi pharyngée, du palais mou ou du plancher de l'oropharynx
- Douleur ou gonflement du cou
- Mal de gorge unilatéral sévère
- Signes cliniques de scarlatine
- Antécédents de rhumatisme articulaire aigu (RAA)
- Usager greffé
- Usager pour qui un prélèvement dans le pharynx est contre-indiqué (selon Méthode de soins informatisée)

Relative à l'initiation de mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez un usager présentant une douleur pharyngée

OC-00091

PROTOCOLE MÉDICAL

Se référer au protocole médical PROM-00001 du CISSS de la Montérégie-Est relatif à l'initiation de mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez un usager présentant une douleur pharyngée

LIMITES OU SITUATION EXIGEANT UNE CONSULTATION MÉDICALE OBLIGATOIRE

Infirmière et pharmacien :

- Présence d'une contre-indication
- Enfant chez qui on anticipe de la difficulté à adhérer à une antibiothérapie de 10 jours (pourrait bénéficier d'une injection de pénicilline G benzathine IM)
- Persistance ou aggravation des signes ou symptômes après 48 à 72 heures suivant le début des antibiotiques

Infirmière seulement :

- Si absence de streptocoque du groupe A (SGA) et fièvre > 72 heures
- Présence d'un pathogène autre que streptocoque β -hémolytique du groupe A suite à la culture (ex : streptocoque du groupe C ou G)
- Antécédent de réaction allergique à un antibiotique de la classe des pénicillines
- Effets indésirables, intolérance ou problème d'adhésion au traitement (refus de prendre le traitement, vomissement, etc).

IDENTIFICATION DU MÉDECIN OU IPS PRESCRIPTEUR

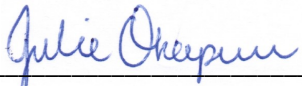
Dans un GMF, le prescripteur est le médecin/IPS traitant signataire de la présente ordonnance collective. En établissement, le prescripteur est le médecin/IPS traitant ou désigné selon la trajectoire de services


IDENTIFICATION DU MÉDECIN OU IPS RÉPONDANT

Dans un GMF, le répondant est le médecin/IPS traitant ou, en l'absence de celui-ci, un des médecins/IPS signataires de l'ordonnance collective ou assigné aux consultations sans rendez-vous. En établissement, le répondant est le médecin/IPS traitant ou désigné selon la trajectoire de services

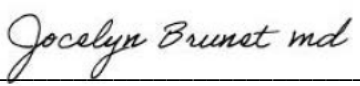
OUTILS DE RÉFÉRENCE ET SOURCES

- CEGEP Édouard-Monpetit (2019) Ordonnance collective OC-EM-01 Initier une antibiothérapie dans le traitement d'une pharyngite à streptocoque du groupe A
- CISSSMC (2023) Amorcer une thérapie médicamenteuse pour un patient présentant des signes et symptômes de pharyngite-amygdalite bactérienne et un résultat positif au test de dépistage rapide de l'antigène du streptocoque du groupe A. OCMC-CRSP-01
- INESSS. Guide d'usage optimal. Pharyngite-amygdalite chez l'enfant et l'adulte. Mars 2016
- OIIQ (2014) Mal de gorge, Dites Ahhhh!!!. Perspective infirmière. mars/avril. p.36-41
- Up to Date. Acute pharyngitis in children and adolescents : Symptomatic treatment. Dernière mise à jour 8 juin 2023
- Up to Date. Evaluation of acute pharyngitis in adults. Dernière mis à jour 11 août 2023
- Up to Date. Evaluation of sore throat in children. Dernière mise à jour 20 mai 2022
- Up to Date. Symptomatic treatment of acute pharyngitis in adults. Dernière mise à jour 11 septembre 2023

Validée par :  2024 / 02 / 06
 Officier de la prévention et contrôle des infections Année Mois Jour

Validée par :  2024 / 02 / 12
 Chef de département de la pharmacie Année Mois Jour

Validée par :  2024 / 01 / 29
 Directrice adjointe des soins infirmiers Année Mois Jour

Approuvée par :  2024 / 01 / 26
 Président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens Année Mois Jour

N° dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

NAM : _____ Exp. : 20__ / __

Date de naissance : ____ / ____ / ____ M F
Année Mois Jour

ORDONNANCE COLLECTIVE

**Relative à l'initiation de mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez un usager
présentant une douleur pharyngée**

OC-00091

APPROBATION DE L'OC PAR LES MÉDECINS/IPS DANS UN GROUPE DE MÉDECINE FAMILIALE (HORS-ÉTABLISSEMENT)

Nom du GMF : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

	Nom et prénom	N° permis	Signature