

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

CELLULITE INFECTIEUSE :

ANTIBIOTHÉRAPIE INTRAVEINEUSE AMBULATOIRE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

CONDUITE

- Première ordonnance Ordonnance de suivi
- Les critères d'initiation et d'exclusion d'administration des antibiotiques intraveineux en ambulatoire sont respectés
- 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

ORDONNANCES INITIALES

SOINS INFIRMIERS

- Élever le membre atteint
- Marquer et mesurer le contour afin d'en suivre l'évolution
- Immuniser en post exposition selon le protocole d'immunisation du Québec :

_____ Vaccin antitétanique

Initiales

_____ Tig : immunoglobulines contre le tétanos 1 mL IM dans un site différent du vaccin

Initiales

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

- Culture de plaie avant de débiter les antibiotiques (en présence d'écoulement purulent seulement)

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****

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du prescripteur

permis

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

**CELLULITE INFECTIEUSE :
ANTIBIOTHÉRAPIE INTRAVEINEUSE AMBULATOIRE
(SUITE)**

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

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

1^{ER} CHOIX AVEC SUSPICION DE STREPTOCOQUES OU DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS

_____ Céfazoline 1 g OU 2 g pour _____ jours Pleine dose q 8 heures si Clcr supérieure ou égale à 35 mL/min
Initiales (servir en seringue) 50 % de la dose q 12 heures si Clcr inférieure à 35 mL/min
 50 % de la dose q 24 heures si Clcr inférieure à 10 mL/min
 500 mg ou 1 g q 24 heures si hémodialyse

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

Pour les usagers en bonne santé sans atteinte rénale et pour une courte durée (24-72 heures)

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
Initiales
 Ce médicament n'est pas remboursé par la RAMQ

En cas d'allergie sévère aux molécules ci-haut

N.B. En cas d'antécédent de réaction allergique à un antibiotique de la classe des pénicillines, consulter l'outil d'aide à la décision de l'INESSS
[Outil d'aide à la décision en cas d'allergie aux pénicillines \(insss.qc.ca\)](http://insss.qc.ca)

_____ Clindamycine 600 mg IV q 8 heures pour _____ jours (servir en infuseur)
Initiales

_____ Vancomycine (15 mg/Kg) _____ mg IV q _____ heures pour _____ jours (servir en infuseur)
Initiales

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

Autre antibiotique : _____

(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)

Traitement PO de dépannage en cas de délai de la prise en charge par la MDJ

_____ Prendre une dose de : _____ q _____ heures
Initiales jusqu'à (préciser date et heure) : _____
 Aaaa-MM-JJ HH : MM

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 autre) ou de problème avec le cathéter, prendre une
Initiales dose de _____ q _____ heures selon les directives de
 l'infirmière du CLSC

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

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

**CELLULITE INFECTIEUSE :
ANTIBIOTHÉRAPIE INTRAVEINEUSE AMBULATOIRE
(SUITE)**

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

Traitement de relai PO

Débuter si

- L'usager est apyrétique après 48 heures de traitement et il y a absence de progression de la zone d'infection
- Le diagnostic est bien établi et l'usager est capable de tolérer le traitement oral

Le traitement est à ajuster par le médecin selon les résultats de culture. La durée totale du traitement est habituellement de 5 à 7 jours si stabilité clinique. Le traitement peut être prolongé jusqu'à 10 jours au besoin selon l'évolution clinique.

_____ Cefadroxil _____ mg PO BID ou autre _____ pour _____ jours au total (incluant IV)
Initiales *Limiter la dose à 500 mg BID si Clcr inférieure à 50 mL/min et 500 mg DIE si Clcr inférieure à 25 mL/min*
 _____ Cephalexine _____ mg PO QID ou autre _____ pour _____ jours au total (incluant IV)
Initiales *Limiter la dose à 250 à 500 mg BID à TID si Clcr inférieure à 40 mL/min et DIE à BID si Clcr inférieure à 10 mL/min*
 _____ Cloxacilline 500 mg PO QID pour _____ jours au total (incluant IV)
Initiales
 _____ Clindamycine 300 mg PO QID pour _____ jours au total (incluant IV)
Initiales

1^{ER} CHOIX AVEC SUSPICION DE SARM

_____ Vancomycine (15 mg/Kg) _____ mg IV q _____ heures pour _____ jours (servir en infuseur)
Initiales
 _____ Dosage requis le _____ avant la dose (préciser laquelle) _____, puis fréquence _____
Initiales Aaaa-MM-JJ

Traitement PO de dépannage en cas de délai de la prise en charge par la MDJ

_____ Doxycycline 100 mg PO BID
ET
Initiales _____ Cephalexine _____ mg PO QID ou autre _____

En cas d'allergie sévère à un antibiotique de la classe des pénicillines

Doxycycline 100 mg PO BID **OU** Triméthoprime-sulfaméthoxazole 160-800 mg PO BID
Initiales
 jusqu'à (préciser date et heure) : _____
 Aaaa-MM-JJ HH : MM

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

_____ Doxycycline 100 mg PO BID pour 24 heures
Initiales
 _____ Triméthoprime-sulfaméthoxazole 160-800 mg PO BID pour 24 heures
Initiales
 _____ Aucun antibiotique PO en dépannage, faire revoir par un médecin
Initiales

IRRIGATION

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

ANALGÉSIE

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

Tableau 1. Critères d'INITIATION	
Critères d'initiation	<ul style="list-style-type: none"> • Stabilité clinique de la maladie infectieuse • Nécessité d'un traitement intraveineux pour lequel l'utilisateur 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 • 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 • Aucun critère d'exclusion identifié
Critères d'initiation 1ère dose en CLSC	<ul style="list-style-type: none"> • La première dose doit être administrée en clinique ambulatoire de soins infirmiers ou par l'équipe de Suivis 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	
<ul style="list-style-type: none"> • 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 • Atteinte aux os, articulations ou tendons : référer en microbiologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Comorbidité qui se détériore : diabète débalancé, insuffisance cardiaque/hépatique/rénale • Soupçon de fasciite ex. douleur non-proportionnée aux trouvailles cliniques, hémorragie cutanée, nécrose cutanée, anesthésie de la région atteinte, crépitations, progression rapide de la plaie : de plus de 5 cm/h et / ou toxicité systémique • Incapacité physique compromettant le traitement (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	
<ul style="list-style-type: none"> • Goutte aiguë • Calculs rénaux • Dyscrasie sanguine • Ulcus peptique sans traitement • Clairance de créatinine inférieure à 30 mL/min • Allergie probénécide 	<ul style="list-style-type: none"> • Interactions médicamenteuses <ul style="list-style-type: none"> ○ AINS ○ AAS à haute dose ○ Méthotrexate ○ Mycophénolate
Contre-indications relatives à l'administration de probénécide	
<ul style="list-style-type: none"> • Obésité IMC de plus de 40 • Ulcères variqueux chroniques • Échec au traitement oral 	