

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 _____

<input type="checkbox"/> Suivi infirmier de l'évolution en médecine de jour (MDJ) dans : ____ jour(s) <input type="checkbox"/> Réévaluation médicale en MDJ dans : ____ jour(s) <input type="checkbox"/> Médecin de l'urgence répondant (Postcure/Relance) <input type="checkbox"/> Microbiologiste : _____ <input type="checkbox"/> Médecin hospitaliste : _____ Autre : _____	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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

Fax 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 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

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 min avant l'administration de la céfazoline pour _____ jours
Initiales Ce médicament n'est pas 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)

_____ *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
Initiales (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
Initiales (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 _____
Initiales 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
Initiales 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

Initiales

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du prescripteur

_____ # permis

Fax 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

Fax envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

Annexe

Tableau 1. Critères d'INITIATION	
Critères d'initiation	<ul style="list-style-type: none"> • 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 Picline • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	
<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 	<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, 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	
<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 	