Fiche de liaison milieu - pharmacie pour la prophylaxie contre l'influenza en contexte d'éclosion majeure en milieu de vie privé

EXEMPLE DE FICHE

Contexte d'application

Le Québec vit actuellement une saison grippale selon le suivi de l'activité grippale en cours.

L'INESSS a mis à jour en février 2025 les recommandations sur le traitement et la prophylaxie de l'influenza chez l'enfant et l'adulte dans le contexte de la COVID-19.

L'INSPQ recommande la prophylaxie antivirale pour l'ensemble des usagers d'une **unité de soins en éclosion majeure d'influenza**, sans égard au délai entre l'exposition et le début de la prophylaxie. En plus des milieux de soins publics, **ce type d'unité** se retrouve dans certaines RPA, dans les ressources intermédiaires du programme SAPA et dans les CHSLD privés.

MSSS	INESSS	INSPQ
Suivi de l'activité grippale	Guide d'usage optimal	Mesure de prévention

La Loi sur la Pharmacie et le Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par un pharmacien leur permet de prescrire un antiviral contre l'influenza lorsqu'indiqué.

Information sur la demande

L'éclosion sur l'unité de soins a été confirmée comme éclosion majeure d'influenza le : _____

Nom du milieu de vie : _____

Adresse : _____

Coordonnées pour rejoindre le demandeur : _____

Le demandeur devrait être l'infirmière associée au milieu, l'infirmière désignée par le CISSS, ou le responsable du milieu. Cette personne s'assure de faire l'évaluation et assure la liaison usager-pharmacie.

Instructions pour la personne qui remplit la fiche de liaison

Pour chaque usager, compléter les renseignements sur le tableau ci-joint. Compléter un tableau séparé pour chaque pharmacie, qui doit être celle de l'usager. Un même tableau peut être utilisé pour plusieurs usagers qui partagent la même pharmacie ; aviser le ou la pharmacien(ne) par téléphone si la demande concerne plusieurs usagers.

Comme la prophylaxie antivirale est prescrite pour 10 jours mais doit être maintenue jusqu'à 10 jours après la fin de l'éclosion, transmettre à la pharmacie la date prévue de fin d'éclosion afin de prévoir la quantité de médicament nécessaire. Si la date change, envoyer une nouvelle fiche de liaison.

Nom de la pharmacie : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____ Télécopieur : _____

Je confirme que les usagers sur cette liste :

- ☐ sont sans signe ou symptôme d'allure grippale ;
- ☐ résident sur une unité de soins en éclosion majeure d'influenza (**date de fin d'éclosion prévue** : _____)
- ☐ ont signé un formulaire de consentement au traitement et prophylaxie de l'influenza, qui est disponible dans leur dossier médical et sur demande.

Nom, Prénom	RAMQ	Allergie Tamiflu ?	Fonction rénale		Médecin de famille
		☐ Oui ☐ Non	Poids :	Créatinine :	
			Taille :	Date :	
		☐ Oui ☐ Non	Poids :	Créatinine :	
			Taille :	Date :	
		☐ Oui ☐ Non	Poids :	Créatinine :	
			Taille :	Date :	
		☐ Oui ☐ Non	Poids :	Créatinine :	
			Taille :	Date :	
		☐ Oui ☐ Non	Poids :	Créatinine :	
			Taille :	Date :	
		☐ Oui ☐ Non	Poids :	Créatinine :	
			Taille :	Date :	
		☐ Oui ☐ Non	Poids :	Créatinine :	
			Taille :	Date :	

Nom du demandeur : _____ Signature du demandeur : _____

Date de la demande initiale : _____ Date de révision, s'il y a lieu : _____

EXEMPLE DE FICHE