

ORDONNANCE COLLECTIVE

Hors établissement (GMF, GMF-U, clinique réseau, cabinet privé)

INITIER UNE MESURE THÉRAPEUTIQUE POUR LE TRAITEMENT
D'UNE INFECTION AU STREPTOCOQUE β -HÉMOLYTIQUE DU GROUPE A

Numéro
OC-CISS-178

Référence à un protocole oui non

Date d'entrée en vigueur 2 octobre 2023

Date de la dernière
révision

Date prévue de la
prochaine révision 2 octobre 2026

Objectif(s) visé(s)

Initier rapidement un traitement chez l'usager ayant obtenu un résultat positif au test de dépistage rapide de détection des antigènes au streptocoque β -hémolytique du groupe A (Streptest).

Professionnel(s) ou personne(s) habilité(s) à décider d'appliquer l'ordonnance collective

Infirmières

Exigence(s)

Aucune

Lieu d'application

Toutes les installations du CISSS des Laurentides

Service(s) visé(s)

- Cliniques transitoires du guichet d'accès à la première ligne (GAP)
- Groupe de médecine familiale (GMF)
- Groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U)
- Centres de vaccination, du prélèvement et du dépistage

Situation(s) clinique(s) ou clientèle(s) visée(s)

Usager âgé de 3 ans et plus, ayant été évalué par une infirmière clinicienne exerçant en clinique transitoire du GAP ou en GMF/GMF-U pour des symptômes causés par le streptocoque β -hémolytique du groupe A.

Activité(s) professionnelle(s) visée(s)

- Évaluer la condition physique et mentale d'un usager symptomatique.
- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance.
- Assurer la surveillance clinique de la condition d'un usager dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.

Indication(s)

Aucune indication additionnelle

Contre-indication(s)

- Anticoagulothérapie sous warfarine (Coumadin^{MD})
- Si une allergie ou une intolérance sévère est connue à l'un des médicaments mentionnés dans cette ordonnance.

Limite(s) ou situation(s) exigeant une consultation médicale obligatoire

- En présence d'un résultat de clairance de créatinine (Clcr) inférieure à 30 mL/min ou en contexte de dialyse.
- En présence d'un résultat négatif au test de dépistage rapide de détection des antigènes au streptocoque β -hémolytique du groupe A (Streptest).
- En présence d'une récurrence du traitement pour le streptocoque β -hémolytique du groupe A, c'est-à-dire une antibiothérapie dans les trois derniers mois (résistance bactérienne suspectée) ou lorsque le traitement n'est pas efficace.
- En présence de signes de complication du streptocoque β -hémolytique du groupe A, tels que l'adénite bactérienne, l'abcès périamygdalien ou rétropharyngé, le rhumatisme articulaire aigu, la glomérulonéphrite et les infections invasives, tel que le choc toxique.
- En présence de symptômes persistants tels que le mal de gorge important, la fièvre ou la douleur à la déglutition 72 heures suivant le début du traitement de l'antibiotique.

Communication avec le médecin traitant

Selon la méthode privilégiée par le médecin ou l'IPSL (téléphone, courriel, fiche de liaison, etc.)

Directive(s) – Intervention(s)

En présence d'un dépistage rapide de détection des antigènes au streptocoque β -hémolytique du groupe A positif (si le résultat est négatif, référer l'utilisateur au médecin ou à l'IPSL) :

1. Évaluer la condition clinique de l'utilisateur à l'aide d'une collecte de données comprenant :
 - L'historique médical
 - Les antécédents médicaux
 - Les symptômes (PQRSTU)
2. Évaluer la condition clinique de l'utilisateur à l'aide d'un examen physique comprenant :
 - L'inspection de la peau, de la tête, du cou, de la bouche, du nez et de l'oropharynx
 - La mesure des signes vitaux (PA, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, température, saturation)
 - La palpation de la tête et du cou à la recherche de ganglions
 - La recherche d'une raideur de la nuque
3. Investiguer la présence d'allergie ou d'intolérance
 - Réaction allergique : réaction du système immunitaire, éruption « rash » cutanée, difficultés respiratoires, urticaire, choc anaphylactique, angio-œdème
 - Intolérance : effets indésirables importants (nausées, vomissements, diarrhées).

4. Remplir le formulaire de liaison à l'intention des pharmacies communautaires (disponible à la page 8), en sélectionnant le traitement approprié, selon l'ordre suivant :

ENFANT (3 ans et plus)			
Antibiothérapie de 1 ^{re} intention dans le cas de pharyngite-amygdalite à streptocoque β -hémolytique du groupe A			
Antibiotique	Posologie	Posologie maximale	Durée
Amoxicilline	25 mg/kg/dose PO b.i.d.	500 mg PO b.i.d.	10 jours
	50 mg/kg/dose PO die	1000 mg PO die	
Si présence d'antécédent de réaction allergique à un antibiotique de la classe des pénicillines			
Azithromycine ¹	12 mg/kg/dose PO die	500 mg PO die	5 jours

ADULTE		
Antibiothérapie de 1 ^{re} intention dans le cas de pharyngite-amygdalite à streptocoque β -hémolytique du groupe A		
Antibiotique	Posologie	Durée
Pénicilline V	600 mg PO b.i.d.	10 jours
Si présence d'antécédent de réaction allergique à un antibiotique de la classe des pénicillines		
Azithromycine ¹	500 mg PO die le jour 1, puis 250 mg PO die X 4 jours	5 jours

5. Effectuer l'enseignement nécessaire à la prise adéquate d'une antibiothérapie :

- Amélioration attendue des symptômes dans les 24 à 48 heures après le début du traitement d'antibiotique.
- Respecter la posologie et la durée du traitement.
- Aviser l'usager de communiquer avec l'infirmière clinicienne ou de consulter un médecin si les symptômes persistent plus de 72 heures suivant le début de l'antibiothérapie, s'ils s'aggravent après le début du traitement ou si les symptômes persistent après la fin de l'antibiothérapie.
- Prendre de l'acétaminophène ou de l'ibuprofène afin de soulager la douleur et la fièvre.
- Boire suffisamment de liquide chaque jour (éviter les jus d'agrumes puisqu'ils peuvent irriter la gorge).
- Manger des aliments de texture molle et froide pour diminuer l'odynophagie (douleur produite lors de la déglutition).

6. Consigner au dossier de l'usager tous les éléments de l'évaluation ainsi que toutes les interventions effectuées.

¹ Surveillance des symptômes post début de traitement, résistance possible au streptocoque β -hémolytique du groupe A

Outil(s) de référence et sources

Centre intégré de santé et des services sociaux des Laurentides (2019) Guide d'antibiothérapie

Centre intégré de santé et services sociaux des Laurentides (2016) Ordonnance collective *Initier l'antibiothérapie en traitement à une infection de gorge au streptocoque β -hémolytique du groupe A*

Cloutier Lyne, Bisson Pascale, & Pinard Josyane (2014) Mal de gorge, Dîtes Ahhh! Un examen clinique ciblé. *Perspective infirmière*, vol 11 (2), 36-41. Repéré à : <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol11no2/12-examen.pdf>

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (2017) Guide Pharyngite-amygdalite chez l'enfant et l'adulte, Repéré à : <https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/CDM/UsageOptimal/Guides-seriel/Guide-PharyngiteAmygdalite.pdf>

Identification du médecin répondant

Le médecin traitant ou l'IPSP. En l'absence de ceux-ci, se référer à l'un des médecins signataires de la présente ordonnance collective ou au médecin de garde.

Identification du médecin prescripteur

Le médecin traitant ou l'IPSP.

ORDONNANCE COLLECTIVE

Hors établissement (GMF, GMF-U clinique réseau, cabinet privé)

PERSONNES CONSULTÉES POUR LA VALIDATION DE LA VERSION ACTUELLE

IDENTIFICATION		SIGNATURE	DATE
Personne consultée :			
Nom :	Andrée-Ann Langevin		2020-11-23
Titre :	Conseillère-cadre en soins infirmiers	<input checked="" type="checkbox"/> Par courriel	
Personne consultée :			
Nom :	Tania Nadeau		2021-01-15
Titre :	Médecin	<input checked="" type="checkbox"/> Par courriel	
Personne consultée :			
Nom :	Alexandra Dubé		2021-01-04
Titre :	Médecin	<input checked="" type="checkbox"/> Par courriel	
Personne consultée :			
Nom :	Julie Tremblay		Comité de pharmacologie 8 juin 2022
Titre :	Microbiologiste	<input checked="" type="checkbox"/> Par courriel	
Personne consultée :			
Nom :	Hélène Soryia Kvaan		2020-12-14
Titre :	Pharmacienne	<input checked="" type="checkbox"/> Par courriel	
Personne consultée :			
Nom :	Anne-Marie Larose		2023-05
Titre :	Conseillère cadre en soins infirmiers	<input checked="" type="checkbox"/> Par courriel	
Personne consultée :			
Nom :	Michel Korkmaz		2023-05
Titre :	Pharmacien	<input type="checkbox"/> Par courriel	
Personne consultée :			
Nom :	Dr Anouck Tastet		2023-08-24
Titre :	DA, Direction des services professionnels	<input checked="" type="checkbox"/> Par courriel	
Personne consultée :			
Nom :	Charlotte Colpron		2023-05
Titre :	Pharmacienne	<input type="checkbox"/> Par courriel	

Note : pour l'approbation par courriel, celui-ci doit comporter en pièce jointe la version pour laquelle la personne consultée donne son accord. Ceci permet d'assurer que la version finale a été présentée et entérinée.

ORDONNANCE COLLECTIVE

Hors établissement (GMF, GMF-U clinique réseau, cabinet privé)

Élaboré par : Annick Gagnon, conseillère en soins infirmiers Mai 2023
Nom, Titre de la personne Date

COLLABORATEURS

COLLABORATEURS	

SIGNATURES

Version originale approuvée par 2 octobre 2023
Docteur Paul-André Hudon Date
Président du conseil exécutif des médecins, dentistes et
pharmaciens (CMDP)

Version originale approuvée par 2 octobre 2023
Monsieur Steve Desjardins Date
Directeur des soins infirmiers

Version originale approuvée par 2 octobre 2023
Monsieur Christian Coursol Date
Chef de département clinique de pharmacie

ORDONNANCE COLLECTIVE

Hors établissement (GMF, GMF-U clinique réseau, cabinet privé)

LISTE DES MÉDECINS QUI ADHÈRENT À L'ORDONNANCE COLLECTIVE

Nom de la clinique : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____
Télécopieur : _____

NOM	# DE PERMIS	# TÉLÉPHONE	SIGNATURE

Nom du GMF/GMF-U

Nom de l'utilisateur

Prénom de l'utilisateur

Date de naissance

Numéro d'assurance maladie

FORMULAIRE DE LIAISON POUR LES PHARMACIES COMMUNAUTAIRES ORDONNANCE COLLECTIVE EN GMF/GMF-U
Initier une mesure thérapeutique pour le traitement d'une infection au streptocoque β -hémolytique du groupe A – OC-CISSL-178

Identification de la pharmacie (ou du pharmacien)

Nom de la pharmacie

Numéro de téléphone

Nom du pharmacien (optionnel)

Numéro de télécopieur

Médications et posologie

Antibiotiques	Posologie	Durée
Adulte		
<input type="checkbox"/> Pénicilline V – Nom commercial : PenVee ^{MD}	600 mg PO b.i.d.	10 jours
<input type="checkbox"/> SI ALLERGIE à la pénicilline Azithromycine – Nom commercial : Zithromax ^{MD}	500 mg PO die X 1 (Jour 1) ET 250 mg PO die (Jour 2 à 4)	5 jours
Enfant		
<input type="checkbox"/> Amoxicilline – Nom commercial : Amoxil ^{MD}	<input type="checkbox"/> 25 mg/kg/dose PO b.i.d. (max 500 mg b.i.d.) POIDS : _____ kg DOSAGE : _____ mg PO b.i.d. <input type="checkbox"/> 50 mg/kg/dose PO die (max 1000 mg die) POIDS : _____ kg DOSAGE : _____ mg PO die.	10 jours
<input type="checkbox"/> SI ALLERGIE à la pénicilline Azithromycine – Nom commercial : Zithromax ^{MD}	12 mg/kg/dose PO die (max 500 mg die) POIDS : _____ kg DOSAGE : _____ mg PO die	5 jours

Identification du professionnel habilité visé par cette ordonnance

Nom et prénom

Numéro de permis d'exercice

Numéro de téléphone

Signature

Date (aaaa/mm/jj)

Identification du prescripteur autorisé

Nom et prénom

Numéro de permis d'exercice

Numéro de téléphone

Transmission par télécopieur au pharmacien communautaire
(à compléter uniquement lorsqu'une personne autre que le professionnel habilité procède à l'envoi)

Nom et prénom de la personne effectuant l'envoi

Date (aaaa/mm/jj) et heure (hh :mm)