|  |  |
| --- | --- |
| Établissement :Période de validité : |  |

situation clinique ou clientèle

**Personne de 18 ans et plus avec un ou plusieurs des symptômes et signes cliniques suivants :**

* Sensation de brûlure, d’inconfort ou douleur généralisée dans la bouche ou aux commissures des lèvres, qui s’aggravent lors de l’alimentation[[1]](#footnote-1)
* Présence de plaques blanches qui se détachent plus ou moins facilement, de rougeurs sur les muqueuses de la bouche
* Présence de fissures, de craquèlements ou de légers saignements aux commissures labiales ou au sillon labio mentonnier
* Perte partielle ou totale des papilles sur la surface de la langue

**PROFESSIONNELS OU PERSONNES HABILITÉS VISÉS PAR CETTE ORDONNANCE[[2]](#footnote-2)**

* L*es milieux qui souhaitent rédiger des ordonnances collectives sur le traitement pharmacologique de première intention de la candidose buccale chez l’adulte à partir de ce modèle* ***doivent spécifier dans cette section le ou les professionnels ou encore le ou les groupes de professionnels*** *qui pourront exécuter cette ordonnance. La directive en italique (!) doit ensuite être retirée de la version qui sera rendue disponible.*

contre-indications à l’application de cette ordonnance

* Mêmes contre-indications que celles spécifiées pour l’application du protocole médical national N°628017, soit :
	+ Contre-indication ou antécédent de réaction allergique à l’usage des médicaments recommandés
	+ Cas réfractaire connu de candidose buccale
	+ Récidive de candidose buccale moins d’un mois après un premier traitement
	+ Présence de plaques blanches unilatérales sur la langue ou qui ne se détachent pas par grattage
	+ Présence de traces de morsures ou de blessures à l’intérieur des joues ou sur la langue
	+ Présence d’enflure aux gencives ou de gonflement sous-maxillaire
	+ Intervention chirurgicale, blessure, trauma, coupure, brûlure à la bouche ou problèmes de santé buccodentaire (p. ex. infections virales, bactériennes ou fongiques) survenus au cours des deux dernières semaines
	+ Douleur buccale localisée ou unilatérale
	+ Difficulté à avaler, douleur ou sensation de brûlure au sternum ou à la poitrine (suggestif d’une candidose œsophagienne)
	+ Sensation de brûlures constantes soulagée lors de l’alimentation (suggestif d’une stomatopyrose)
* Cas pour lequel il n’est pas possible d’administrer la nystatine

PROTOCOLE MÉDICAL NATIONAL

Se référer au protocole médical national N°628017 de l’Institut national d’excellence en santé et en services sociaux en vigueur sur le site Web au moment de l’application de cette ordonnance.

Limites ou situations pour lesquelles une consultation avec un prescripteur autorisé est obligatoire

* Utilisation de l’ordonnance collective une troisième fois en un an
* Apparition d’une difficulté à avaler, d’une douleur ou d’une sensation de brûlure au sternum ou à la poitrine en cours de traitement (suggestif d’une candidose œsophagienne)
* Présence ou apparition de fièvre en cours de traitement
* Aggravation des symptômes et des signes sept jours après le début du traitement
* Persistance des symptômes et des signes à la fin du traitement
* Réaction allergique ou intolérance à l’antifongique prescrit

documentation

Remplir le formulaire de liaison pour le pharmacien communautaire. S’il y a lieu, consulter le modèle disponible dans la section « Protocoles médicaux nationaux et ordonnances associées » sur le site Web de l’INESSS.

identification du prescripteur répondant

* L*es milieux qui souhaitent rédiger une ordonnance collective à partir de ce modèle* ***doivent spécifier dans cette section le mécanisme d’identification du prescripteur répondant,*** *qui devra être indiqué sur le formulaire de liaison lors de l’individualisation de cette ordonnance collective. La directive en italique (!) doit ensuite être retirée de la version qui sera rendue disponible.*

processus de mise en vigueur

1. **Élaboration de la version actuelle (identité du ou des prescripteurs autorisés concernés et des personnes responsables, le cas échéant)**
2. **VALIDATION DE LA VERSION ACTUELLE (identité du ou des prescripteurs autorisés concernés et des personnes responsables, le cas échéant)**
3. **APPROBATION DE LA VERSION ACTUELLE PAR LE REPRÉSENTANT DU CMDP DE L’ÉTABLISSEMENT**

Nom : Prénom :

Signature : Date :

1. **APPROBATION DE LA VERSION ACTUELLE PAR LES MÉDECINS SIGNATAIRES (HORS ÉTABLISSEMENT)**

| Nom et prénom | Numéro de permis | Signature | Téléphone | Télécopieur |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **RÉVISION**

Date d’entrée en vigueur :

Date de la dernière révision (s’il y a lieu) :

Date prévue de la prochaine révision :

Signature du médecin répondant (s’il y a lieu) :

Signature : Date :

1. . Peut se présenter par un refus de s’alimenter chez une personne en perte d’autonomie, qui a des difficultés de communication ou des troubles neurocognitifs majeurs. [↑](#footnote-ref-1)
2. . Le professionnel ou la personne habilitée doit s'assurer d'avoir les compétences nécessaires pour exécuter cette ordonnance (p. ex. formation). [↑](#footnote-ref-2)