

Établissement :

Numéro de cette ordonnance collective :

Période de validité :

SITUATION CLINIQUE OU CLIENTÈLE

Personne de 18 ans ou plus qui reçoit des traitements en soins palliatifs

OU

Personne de 18 ans ou plus de profil gériatrique définie comme une personne qui présente un déclin fonctionnel associé à une perte d'autonomie ou un trouble neurocognitif majeur

ET

Qui présente une diminution de la fréquence habituelle de défécation et au moins un des symptômes suivants depuis 48 heures ou plus :

- ▶ Selles difficiles à évacuer
- ▶ Selles petites et dures ou massives et volumineuses
- ▶ Douleur ou sensation d'inconfort à la défécation
- ▶ Sensation d'évacuation incomplète des selles
- ▶ Effort à la défécation ou envie non productive de déféquer
- ▶ Absence de selles

PROFESSIONNELS OU PERSONNES HABILITÉS VISÉS PAR CETTE ORDONNANCE¹

! *Les milieux qui souhaitent rédiger des ordonnances collectives sur l'initiation ou l'ajustement d'un traitement pharmacologique visant l'élimination fécale chez une personne qui reçoit des soins palliatifs ou de profil gériatrique à partir de ce modèle **doivent spécifier dans cette section le ou les professionnels ou 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, soit :

- ▶ Présence ou suspicion de présence d'une occlusion intestinale : vomissements avec coliques ou fécaloïdes ou douleur abdominale intense
- ▶ Perforation intestinale connue
- ▶ Douleur abdominale aiguë
- ▶ Stomie
- ▶ Maladies inflammatoires de l'intestin (maladie de Crohn, colite ulcéreuse, diverticulite)
- ▶ Saignements gastro-intestinaux
- ▶ Chirurgie rectale, du transit intestinal, abdominale, urinaire, gynécologique ou pelvienne au cours des six dernières semaines
- ▶ Grossesse ou allaitement
- ▶ Diarrhée, gastroentérite ou *C. difficile* dans les cinq derniers jours
- ▶ Contre-indication à l'usage de tous les médicaments recommandés

¹ Le professionnel ou la personne habilitée doit s'assurer d'avoir les compétences nécessaires afin d'exécuter cette ordonnance (p. ex. : formation).

PROTOCOLE MÉDICAL NATIONAL

Se référer au protocole médical national N°628016 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 deux fois en un mois
- ▶ Réaction allergique au traitement
- ▶ Apparition d'une contre-indication à l'application du protocole
- ▶ Échec des traitements oraux et rectaux
- ▶ Douleur abdominale persistante malgré le passage non forcé d'une selle
- ▶ Suspicion de compression médullaire (non connue) : paresthésie, hypoesthésie, nouvelle douleur lombaire ou augmentation d'une douleur lombaire existante, ou nouveau dysfonctionnement vésico-sphinctérien
- ▶ Après une utilisation de l'ordonnance collective pour les personnes qui n'ont pas de traitement laxatif prescrit et qui prennent des opioïdes ou des suppléments de fer ou de calcium par voie orale

DOCUMENTATION

Remplir le formulaire de liaison pour le pharmacien communautaire, s'il y a lieu. Consulter le gabarit disponible dans la section « Protocoles médicaux nationaux et ordonnances associées » sur le site Web de l'INESSS.

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR AUTORISÉ RÉPONDANT

- !** *Les milieux qui souhaitent rédiger une ordonnance collective à partir de ce modèle **doivent spécifier dans cette section le mécanisme d'identification du prescripteur autorisé 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** (identification du ou des prescripteurs autorisés concernés et des personnes responsables, le cas échéant)
2. **VALIDATION DE LA VERSION ACTUELLE** (identification 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 :

**4. APPROBATION DE LA VERSION ACTUELLE PAR LES PRESCRIPTEURS AUTORISÉS
SIGNATAIRES (HORS ÉTABLISSEMENT)**

Nom et prénom	Numéro du permis	Signature	Téléphone	Télécopieur

5. RÉVISION

Date d'entrée en vigueur :

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

Date prévue de la prochaine révision :

Signature du prescripteur autorisé répondant (s'il y a lieu) :

Signature :

Date :