Nom de l’établissement :

Date de l’entrée en vigueur :

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

Date prévue de la prochaine révision :

Référence à un protocole (s’il y a lieu) :

situation clinique ou clientèle

Personne de 18 ans ou plus :

* Qui reçoit des traitements en soins palliatifs

**OU**

* De profil gériatrique défini comme une personne qui présente un déclin fonctionnel associé à une perte d’autonomie ou un trouble neurocognitif majeur

indications

Personne 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
* Changement de comportement chez une personne atteinte d’un trouble neurocognitif

Lieu de dispensation des services

* Hébergement
* Hospitalisation
* Soins à domicile

PROFESSIONNEL(S) OU PERSONNE(S) HABILITÉE(S)

* *Les milieux qui souhaitent rédiger des ordonnances collectives sur I’amorce 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.*

**Activité(S) professionnelle(S) visée(S)**

*L’ordonnance collective doit établir la ou les activités réservées aux personnes habilitées qui sont visées par l’ordonnance. Une liste regroupant les activités pouvant être effectuées sous ordonnance collective est disponible dans le site Web du Collège des médecins du Québec* [*Tableau des professionnels et intervenants pouvant répondre à une ordonnance collective*](https://cms.cmq.org/files/documents/Pratiquer-medecine/activites-partageables/liste-act-reservees-avec-sans-ordonnance.pdf)

*Exemple : Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance*

* Xxxx

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 aigüe
* Stomie
* Maladies inflammatoires de l’intestin (maladie de Crohn, colite ulcéreuse, diverticulite)
* Saignements gastro-intestinaux
* Chirurgie rectale, intestinale, abdominale, urinaire, gynécologique ou pelvienne au cours des six dernières semaines
* Grossesse ou allaitement
* Diarrhée, gastroentérite ou infection à *C. difficile* au cours des cinq derniers jours
* Prise d’autres médicaments pour traiter la constipation (p. ex. linaclotide, méthylnaltrexone, naloxegol, plécanatide, prucalopride)
* Contre-indication à l’usage de tous les médicaments recommandés
* Soins de fin de vie ou de confort (sans alimentation ni hydratation)

PROTOCOLE MÉDICAL

Se référer au protocole médical national No 628016 de l’Institut national d’excellence en santé et en services sociaux consultable sur le site Web au moment de l’application de cette ordonnance.

Limites ou situations exigeant une consultation 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 l’application de l’ordonnance collective pour les personnes qui n’ont pas de traitement laxatif prescrit et qui prennent des médicaments qui peuvent occasionner de la constipation (p. ex. opioïdes, fer ou calcium par voie orale)
* Après l’application de l’ordonnance collective à des personnes dont le traitement laxatif initial est composé uniquement de docusate et/ou de psyllium

**mode de communication**

*Prévoir, le cas échéant, le mode de communication privilégié pour des échanges entre le professionnel prescripteur (médecin et IPS) et le professionnel ou la personne habilitée visés par l’ordonnance collective pour les informations jugées essentielles.*

* Xxxx
* Xxxx

outils de référence et sources

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 professionnel prescripteur

*L’ordonnance collective doit comporter le nom de tous les professionnels prescripteurs, c’est-à-dire ceux qui adhèrent à l’ordonnance, leur numéro de téléphone et leur numéro de permis d’exercice.*

* Xxxx

**identification du professionnel répondant**

*Cette section doit aider le professionnel ou la personne habilitée qui applique une ordonnance collective à identifier le ou les professionnels répondants ou à prévoir un mécanisme permettant de les identifier.*

*Exemple : le médecin ou l’IPS de garde à la consultation sans-rendez-vous du GMF*

* Xxxx

processus de mise en vigueur

1. **Élaboration de la version actuelle**

*Identification du ou des médecins, de l’IPS et des personnes collaboratrices impliquées. Il est important d’identifier, dès le début de l’élaboration de l’OC, tous les professionnels qui en feront partie.*

1. **VALIDATION DE LA VERSION ACTUELLE**

*Identification des personnes responsables en regard de leurs activités professionnelles réservées.*

1. **APPROBATION DE LA VERSION ACTUELLE EN ÉTABLISSEMENT**

*Par la signature du* *représentant du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) lorsqu’un médecin agit comme prescripteur et répondant.*

*Par la signature du directeur(trice) des soins infirmiers (DSI), si l’IPS est prescriptrice et répondante*.

***!*** *L’OC doit être signée par le représentant du CMDP et la DSI lorsqu’elle implique les deux parties.*

**Représentant du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)**

Nom : Prénom :

Signature : Date :

**Directeur(trice) des soins infirmiers (DSI)**

Nom : Prénom :

Signature : Date :

1. **APPROBATION DE LA VERSION ACTUELLE HORS ÉTABLISSEMENT**

*Par la signature de chacun des professionnels prescripteurs pour lesquels l’ordonnance collective peut être initiée à leurs patients.*

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

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 prescripteur autorisé répondant (s’il y a lieu) :

Signature : Date :