Établissement :

Numéro de cette ordonnance collective :

Période de validité :

situation clinique ou clientèle

Personne recevant des soins de fin de vie. Les soins visent exclusivement le maintien du confort par la gestion des symptômes (correspond à un niveau de soins[[1]](#footnote-1) D).

professionnels ou personnes habilités visés par CETTE ordonnance[[2]](#footnote-2)

* L*es milieux qui souhaitent rédiger des ordonnances collectives sur l’initiation de l’acétaminophène pour le traitement de la fièvre chez une personne recevant des soins palliatifs à partir de ce modèle* ***doivent spécifier dans cette section le(s) professionnel(s) ou le(s) groupe(s) de professionnels*** *qui pourra exécuter cette ordonnance. La directive en italique (!) doit ensuite être retirée de la version qui sera rendue disponible.*

indication

Personne présentant des signes et symptômes suggestifs de la fièvre[[3]](#footnote-3) associés à de l’inconfort.

contre-indications à l’application de CETTE ordonnance

Mêmes contre-indications que celles spécifiées pour l’application du protocole médical national, soit :

* Personne âgée de moins de 18 ans
* Allergie médicamenteuse connue à l’acétaminophène

PROTOCOLE MÉDICAL NATIONAL

Se référer au protocole médical national N°628019 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

* Apparition d’une contre-indication en cours de traitement.
* Si la fièvre et l’inconfort persistent après l’administration de deux doses consécutives d’acétaminophène.

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 autorisé

Nom, prénom :

Numéro de permis d’exercice :

Nom de l’établissement ou du milieu clinique :

Numéro de téléphone :

Adresse de correspondance :

Signature :

identification du prescripteur autorisé répondant

Nom, prénom :

Numéro de permis d’exercice :

Nom de l’établissement ou du milieu clinique :

Numéro de téléphone :

Adresse de correspondance :

Signature :

processus de mise en vigueur

1. **Élaboration de la version actuelle (identification du ou des médecins concernés et des personnes responsables, le cas échéant)**
2. **VALIDATION DE LA VERSION ACTUELLE (identification du ou des médecins 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. Expression des valeurs et volontés du patient sous la forme d’objectifs de soins, qui résulte d’une discussion entre le patient ou son représentant et le médecin concernant l’évolution anticipée de l’état de santé, les options de soins médicalement appropriés et leurs conséquences, afin d’orienter les soins et guider le choix des interventions diagnostiques et thérapeutiques (définition de l’INESSS). [↑](#footnote-ref-1)
2. Le professionnel ou la personne habilitée doit s'assurer d'avoir les compétences nécessaires afin d’exécuter cette ordonnance (p. ex. : Formation) [↑](#footnote-ref-2)
3. La fièvre est une manifestation fréquente en soins de fin de vie. [↑](#footnote-ref-3)