

Intégrer le logo de votre établissement ici

ORDONNANCE COLLECTIVE

Initier des mesures diagnostiques en présence de symptômes et signes suggestifs d'une infection urinaire (cystite et pyélonéphrite) et initier un traitement pharmacologique *per os* de première intention pour la cystite chez une personne âgée de 14 ans et plus

N° :

Établissement :

Période de validité :

SITUATION CLINIQUE OU CLIENTÈLE

Personne de 14 ans et plus qui présente, parmi les suivants, au moins deux des symptômes ou signes d'apparition récente, suggestifs d'une cystite :

- ▶ Sensation de brûlure et d'inconfort à la miction ou difficulté à uriner (dysurie)
- ▶ Urgence mictionnelle (urgenturie)
- ▶ Envie fréquente d'uriner (pollakiurie)
- ▶ Douleur ou malaise suspubien
- ▶ Hématurie (présence de sang dans les urines)

OU

Personne de 14 ans et plus qui présente, parmi les suivants, au moins deux des symptômes ou signes d'apparition récente, suggestifs d'une pyélonéphrite :

- ▶ Fièvre
- ▶ Douleur costo-vertébrale (au dos) ou au flanc
- ▶ Au moins un des symptômes ou signes suggestifs d'une cystite ci-dessus

PROFESSIONNELS OU PERSONNES HABILITÉS VISÉS PAR CETTE ORDONNANCE¹

! Les milieux qui souhaitent rédiger des ordonnances collectives 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 L'ORDONNANCE

MÊMES CONTRE-INDICATIONS QUE CELLES SPÉCIFIÉES DANS LE PROTOCOLE MÉDICAL NATIONAL N° 888022 :

Antécédents médicaux :

- ▶ Anomalie anatomique ou fonctionnelle de l'appareil urinaire
- ▶ Chirurgie de l'appareil urinaire dans les 3 derniers mois²
- ▶ Contre-indication à l'usage de tous les antibiotiques recommandés
- ▶ Grossesse

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

² Un cathétérisme vésical non compliqué et une cystoscopie ne sont pas considérés comme étant des chirurgies de l'appareil urinaire.

- ▶ Hémodialyse ou pathologie rénale chronique (p. ex. calcul rénal) autre que l'insuffisance rénale sévère
- ▶ Port d'un cathéter urinaire (sonde à demeure)
- ▶ Récidive (rechute précoce dans un délai de 2 à 4 semaines ou réinfection survenant plus de 2 fois par 6 mois ou plus de 3 fois par année) d'une cystite ou d'une pyélonéphrite (avec ou sans facteurs de complication)

Symptomatologie compatible avec :

- ▶ Instabilité hémodynamique (p. ex. hypotension, tachycardie)
- ▶ Orchi-épididymite
- ▶ Pathologie gynécologique (p. ex. maladie inflammatoire pelvienne, grossesse extra-utérine, rupture d'un kyste ovarien)
- ▶ Prostatite
- ▶ Rétention urinaire (impossibilité de vider la vessie accompagnée d'une sensation de plénitude vésicale ou d'une douleur abdominale) (voir le [PMN correspondant](#))
- ▶ Suspicion de sepsis (p. ex. tachypnée importante, altération de l'état de conscience) ou atteinte importante de l'état général

CONTRE-INDICATIONS À L'INITIATION D'UN TRAITEMENT (SPÉCIFIQUES À L'ORDONNANCE COLLECTIVE) :

- ▶ Allaitement
- ▶ Immunosuppression³
- ▶ Symptômes compatibles avec une infection transmissible sexuellement (ITS) (p. ex. cervicite ou urétrite causée par *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae*)
- ▶ Pertes vaginales inhabituelles (p. ex. candidose vulvovaginale, vaginose bactérienne)
- ▶ Pyélonéphrite soupçonnée

PROTOCOLE MÉDICAL NATIONAL

Se référer au protocole médical national [n° 888022](#) 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 OBLIGATOIRE⁴

- ▶ **Au moment de l'appréciation de la condition de santé:**
 - [Facteurs de risque](#) d'une ITS chez une personne symptomatique

³ <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-vaccinologie-pratique/immunodepression>.

⁴ Selon les activités qui lui sont réservées par la loi ou par un règlement, de même que l'aisance et les compétences du professionnel habilité qui applique l'ordonnance collective, il est possible de devoir faire appel à un prescripteur autorisé en présence des limites et situations ci-énumérées pour la poursuite de la prise en charge clinique ou par principe de précautions.

► **Après l'obtention des résultats des analyses de biologie médicale:**

- Résultat négatif de l'analyse urinaire malgré la présence de symptômes et signes, d'apparition récente, suggestifs d'une infection urinaire
- Résultat négatif de la culture d'urine lorsqu'une cystite est soupçonnée
- Résistance bactérienne à l'antibiotique prescrit

► **Pendant ou après le traitement initial:**

- Apparition d'une contre-indication, d'une intolérance ou d'une réaction allergique à la médication en cours de traitement et dont les caractéristiques de la personne ou la résistance bactérienne locale limitent le choix d'un autre antibiotique parmi ceux énumérés dans le protocole [n° 888022](#).
- Persistance, aggravation des symptômes et signes ou détérioration de l'état général de la personne suivant le début des antibiotiques

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 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 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 :

Nom : Prénom :

Signature : Date :

- 4. APPROBATION DE LA VERSION ACTUELLE PAR LES PRESCRIPTEURS 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 :