

Établissement :

Période de validité :

SITUATION CLINIQUE OU CLIENTÈLE

Personne de 18 ans ou plus qui présente des nausées, avec ou sans vomissements, et qui reçoit des soins palliatifs de [niveau de soins](#)¹ D, qui visent exclusivement à assurer le confort chez la personne

PROFESSIONNELS OU PERSONNES HABILITÉS VISÉS PAR CETTE ORDONNANCE²

! Les milieux qui souhaitent rédiger une ordonnance collective 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

- ▶ Même contre-indication que celle spécifiée pour l'application du protocole médical national N°628018, soit :
 - Contre-indication à l'usage de tous les médicaments recommandés
- ▶ Traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie au cours du dernier mois

PROTOCOLE MÉDICAL NATIONAL

Se référer au protocole médical national N°888018 de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux publié 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

- ▶ Réaction allergique ou intolérance au traitement pharmacologique contre les nausées.
- ▶ Vomissements qui surviennent dans les 30 minutes suivant la prise orale de médicaments autres que l'halopéridol ou le dimenhydrinate pour évaluer la nécessité de fournir des doses de remplacement.
- ▶ Vomissement de la dose de remplacement de l'halopéridol ou du dimenhydrinate dans les 30 minutes suivant la prise orale de cette deuxième dose.
- ▶ Persistance des nausées après un ajustement posologique.
- ▶ Suspicion d'occlusion intestinale : vomissements avec coliques ou fécaloïdes, ou douleur abdominale intense.
- ▶ Suspicion d'hypertension intracrânienne : vomissements en jet, céphalée ou convulsions accompagnés de nouveaux symptômes neurologiques (p.ex. faiblesse musculaire, manque de coordination, troubles de la vision, ou autres).
- ▶ Une réévaluation par un prescripteur autorisé est nécessaire lorsque les nausées persistent au-delà de 48 heures suivant l'initiation du traitement pharmacologique.

¹ La détermination du niveau de soins est sous la responsabilité du médecin et est basée sur une évaluation individualisée et rigoureuse de la condition médicale actuelle et du pronostic exprimé en matière de morbidité et de réversibilité, d'une part, et des répercussions sur la qualité de vie et l'autonomie telles qu'appréciées par le patient, d'autre part. [Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Les niveaux de soins : normes et standards de qualité. Guide rédigé par Michel Rossignol et Lucy Boothroyd. Québec, Qc :INESSS; 47 p.]

² Le professionnel ou la personne habilitée doit s'assurer d'avoir les compétences nécessaires afin d'exécuter cette ordonnance (p. ex. :formation)

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 :

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

Nom et prénom	Numéro de 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 :