Nom de l’établissement :

Date de l’entrée en vigueur : *date de signature de l’adoption ou date postérieure à la signature déterminée par l’établissement*

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

Date prévue de la prochaine révision : *durée de validité d’un maximum de 36 mois.*

Référence à un protocole (s’il y a lieu) : *inscrire le # du protocole interne ou celui de l’INESSS et ajouter le lien Web*

*L’initiation d’un test rapide d’identification du streptocoque de groupe A par une infirmière s’inscrit dans le cadre de l’activité réservée « Évaluer la condition physique et mentale d’une personne symptomatique ». Une ordonnance est toutefois requise pour demander une culture de gorge et initier un traitement pharmacologique.*

situation clinique ou clientèle

* Personne de 3 ans et plus qui présente un mal de gorge depuis moins de 9 jours.

Indications

Personne qui présente au moins un des signes et symptômes suivants:

* ganglions lymphatiques cervicaux antérieurs sensibles ou enflés;
* exsudat ou enflure des amygdales;
* de la fièvre supérieure à 38,0 °C (température buccale, rectale ou axillaire).

Lieu de dispensation des services

*Identifier le(s)* ***secteur(s)*** *(ex. : obstétrique, SAD) ou le(s)* ***lieu(s) rattaché(s) à un établissement*** *(ex. : CLSC, CHSLD, CH) ou les* ***lieu(x) hors établissement*** *(GMF, clinique privée, pharmacie communautaire).*

* Xxxx
* Xxxx

professionnel(s) ou personne(S) habilitée(s)

*Identifier le professionnel autorisé ou la personne habilitée à appliquer l’ordonnance collective pour l’exercice d’une activité professionnelle. Il se peut que des qualifications ou de la formation soient requises*

*Exemple : Les infirmières clinicienne ayant suivi la formation « x » disponible dans le site Web de l’*e*nvironnement numérique d’apprentissage (ENA)*

* Xxxx
* Xxxx

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 OC*](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
* Xxxx

contre-indications

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

* Personne pour qui un prélèvement dans le pharynx est contre-indiqué (selon les méthodes de soins informatisées — MSI);
* Présence d’au moins un des signes ou symptômes suivants (**signaux d’alarme**) :
	+ Fièvre avec atteinte de l’état général;
	+ Stridor ou d’autres signes de détresse respiratoire (ex. tachypnée, dyspnée, etc.);
	+ Douleur ou gonflement du cou, torticolis dû à un spasme musculaire, raideur au niveau du cou;
	+ Gonflement visible dans le pharynx, de la paroi pharyngée, du palais mou ou du plancher de l’oropharynx;
	+ Hypersalivation (sialorrhée);
	+ Mal de gorge unilatéral sévère;
	+ Dysphagie avec incapacité de boire ou manger;
	+ Dysphonie ou « l’existence d’une voix couverte appelée voix de patate chaude » (parler comme si l’on avait un objet chaud dans sa bouche);
	+ Hématurie;
	+ Purpura;
	+ Pétéchies cutanées;
	+ Trismus (contraction involontaire de la mâchoire).

PROTOCOLE MÉDICAL

Se référer au protocole médical national [No 888054](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances_collectives/Pharyngite-amygdalite/Symptomes_pharyngite_amygdalite_PMN_INESSS.pdf) 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

* 3 traitements pharmacologiques ou plus dans la dernière année, ou un traitement dans les 4 dernières semaines, pour une pharyngite à SGA;
* Femme enceinte avec un score de Centor de 2 ou moins;
* Résultat négatif chez :
	+ une femme enceinte;
	+ une personne greffée, sous immunosuppresseurs;
	+ une personne qui présente au moins un des signes suggestifs de scarlatine.
* Aucune amélioration ou une détérioration de la condition de santé après 48 à 72 heures de traitement antibiotique.

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’OC pour les informations jugées essentielles.*

* Xxxx
* Xxxx

outils de référence et sources

*Les principaux éléments de référence utilisés, à savoir les protocoles, les lignes directrices et les documents de référence ayant servi à l’élaboration de l’ordonnance collective, doivent être mentionnés dans cette section.*

* Xxxx
* Xxxx

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 prévoir un mécanisme permettant de les identifier.

Exemple : Le médecin ou l’IPS de garde au 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 de le 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 EN 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 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |