Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
Québec

ORDONNANCE COLLECTIVE
Initier un bilan sanguin et un traitement pharmacologique pour la prévention des rechutes chez une personne avec un trouble lié à l'usage d'alcool

Nº 888027

Établissement :

Période de validité :

SITUATION CLINIQUE OU CLIENTÈLE

Personne de 18 ans ou plus avec un diagnostic de trouble lié à l'usage d'alcool (TUA) et qui vient de compléter un traitement pour le sevrage d'alcool

OU

Personne de 18 ans à 65 ans avec un diagnostic de TUA, qui est à faible risque actuel de développer un syndrome de sevrage (aucune consommation d'alcool depuis au moins 48 heures) et des complications associées au sevrage (aucun antécédent de convulsions, de delirium tremens ou d'hallucinations)

PROFESSIONNELS OU PERSONNES HABILITÉS VISÉS PAR CETTE ORDONNANCE[1]

! *Les milieux qui souhaitent rédiger des ordonnances collectives sur l'initiation d'un bilan sanguin et d'un traitement pharmacologique pour la prévention des rechutes chez une personne avec un trouble lié à l'usage d'alcool 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

- Mêmes contre-indications que celles spécifiées pour l'application du protocole médical national (PMN) N°888027, soit :
  - Grossesse ou allaitement
  - Présence d'au moins un des signes ou symptômes ci-dessous, suivant une diminution ou un arrêt récents de consommation d'alcool (suggestifs d'un syndrome de sevrage d'alcool) :
    - vomissements, tremblements, sueurs paroxystiques, anxiété modérée à sévère, agitation, troubles des perceptions tactiles, auditives ou visuelles, troubles de l'orientation
  - Contre-indication ou antécédent de réaction allergique à l'usage de tous les médicaments recommandés
- Cas pour lequel il n'est pas possible de prescrire la naltrexone ou la gabapentine
- Insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine [Clcr] < 30 ml/min)
- Insuffisance hépatique, cirrhose ou augmentation des valeurs des tests de fonction hépatique à plus de 2,5 fois la limite supérieure normale
- Signes et symptômes suggestifs d'une hépatite aigüe (fièvre, douleurs abdominales, ictère, urine foncée, selles pâles)

PROTOCOLE MÉDICAL NATIONAL

Se référer au protocole médical national N°888027 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.

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

LIMITES OU SITUATIONS POUR LESQUELLES UNE CONSULTATION AVEC UN PRESCRIPTEUR AUTORISÉ EST OBLIGATOIRE

- Après 1 mois de traitement
- Présence d'un **antécédent d'échec** de traitement après un essai d'au moins 3 mois avec un ou des médicaments recommandés
- Présence d'un **trouble de santé mentale** concomitant sévère, complexe ou instable (p. ex. : trouble psychotique, trouble bipolaire, schizophrénie, ou en présence d'idées suicidaires, d'automutilation)
- Apparition ou intensification d'**idées suicidaires**, de **symptômes dépressifs** (dont un score QSP-9 de 5 ou plus), d'**anxiété** ou de **troubles du sommeil**
- Apparition d'une **contre-indication à l'application de l'OC** N°888027 **ou à la médication** utilisée en cours de traitement, soit :
  - Grossesse ou allaitement
  - Présence d'au moins un des signes ou symptômes ci-dessous, suivant une diminution ou un arrêt récents de consommation d'alcool (suggestifs d'un syndrome de sevrage d'alcool) :
    - vomissements, tremblements, sueurs paroxystiques, anxiété modérée à sévère, agitation, troubles des perceptions tactiles, auditives ou visuelles, troubles de l'orientation
  - Contre-indication ou antécédent de réaction allergique à l'usage de tous les médicaments recommandés
  - Insuffisance rénale sévère (Clcr < 30 ml/min)
  - Insuffisance hépatique, cirrhose ou augmentation des valeurs des tests de fonction hépatique à plus de 2,5 fois la limite supérieure normale
  - Signes et symptômes suggestifs d'une hépatite aigüe (fièvre, douleurs abdominales, ictère, urine foncée, selles pâles)
  - Usage d'opioïdes (y compris buprénorphine-naloxone, méthadone, tramadol) ou usage attendu d'opioïdes (p. ex. : chirurgie élective avec prescription d'opioïdes) ou trouble lié à l'usage d'opioïdes (contre-indications à l'usage de la naltrexone)
- Résultats d'**analyse de laboratoire** en dehors des valeurs normales ou nécessitant une réévaluation de la médication
- **Intolérance** à la médication
- Apparition de **sédation excessive** ou d'un **changement dans l'état de vigilance** ou dans **l'état respiratoire** lors de la prise de gabapentine
- **Inobservance** à la médication régulièrement notée par un membre de l'équipe interprofessionnelle
- Survenue d'une **nouvelle problématique de consommation de substances psychoactives** ou d'un **nouveau problème de santé**

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 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 :

Signature du prescripteur autorisé répondant (s'il y a lieu) :

Signature : Date :