



FORMULAIRE D'ADHÉSION-ORDONNANCE COLLECTIVE

Nom de l'ordonnance	Initier une ordonnance D'Azithromycine OCGSH-04
Date de mise en vigueur	2010
Date de révision	2013
Professionnels habilités	Pharmaciens de la communauté

1. Nous avons pris connaissance de l'ordonnance collective d'Azithromycine OCGSH-04.
2. Nous acceptons de valider et d'exécuter l'ordonnance collective de Azithromycine suite à l'évaluation de l'infirmière.
3. Nous comprenons qu'un médecin répondant est identifié pour chaque ordonnance collective. Ce médecin répondant n'a pas évalué ou vu le client. Il n'est pas le médecin traitant .Il est répondant pour le contenu scientifique de l'ordonnance collective et peut être rejoint au besoin.
4. Nous comprenons qu'une fiche de liaison remplie par l'infirmière est remise par le client au pharmacien. Les coordonnées pour rejoindre l'infirmière apparaissent sur la fiche.

_____ date : _____
Signature du pharmacien propriétaire

Signature des pharmaciens concernés :

_____ date : _____

_____ date : _____

_____ date : _____

Nom de la pharmacie; _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ FAX : _____

Courriel : _____

ORDONNANCE COLLECTIVE	INITIER UNE ORDONNANCE D'AZITHROMYCINE (ZITHROMAX)	OCGSH-04 Pharmacien
Référence à un protocole : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date de mise en vigueur : 2010	Date de révision; 2013
Professionnels habiletés à exécuter l'ordonnance et secteur (s) d'activité (s) visé (s) : **Pharmaciens de la communauté**		
<u>Groupe de personnes visées ou la situation clinique visée :</u> Patients adultes (16 ans et +) du(des) médecins cité(s) prévoyant un voyage de courte durée dans les zones touristiques suivantes : (Zones pharmaco résistantes pour Cipro) <ul style="list-style-type: none"> - Le Brunei - Le Cambodge - Le Timor Oriental - L'Indonésie - Le Laos - La Malaisie - La Birmanie - Les Philippines - Singapour (Asie de l'Est et au monde chinois) - La Thaïlande - Le Viêt Nam Enfants (16 ans et -) et femmes enceintes du(des) médecins cité(s) prévoyant un voyage de courte durée dans les zones touristiques non pharmaco résistantes suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - Îles situées dans les archipels des grandes et petites Antilles (Notamment, Cuba, République Dominicaine, Jamaïque). - Mexique (Zone touristiques et non touristiques). - Afrique du Nord du Sud et Centre Afrique. - Amérique du Sud 		

Indication et condition d'initiation :

Initier et préparer une ordonnance D'AZITHROMYCINE sur réception de la fiche de liaison réalisée UNIQUEMENT par les infirmières employées par Groupe-Santé-Hélios.

Intention thérapeutique :

Traiter un épisode de diarrhée des voyageurs sans délai, dans l'éventualité où un patient en souffrirait durant son voyage.

Posologie et directives :

AZITHROMYCINE

Enfants 16 ANS ET - : 10 mg/kg PO DIE (Maximum 500 mg/j) pour 3 jours
(Disponible en comprimés de 250mg et en poudre pour suspension orale de 100mg/5ml ou 200mg/5ml)

Adultes 16 ANS ET + : 2 co. PO DIE pour 3 jours, si diarrhée importante (Plus de 24hrs, sang dans les selles et/ou fièvre)

PROCESSUS D'ÉLABORATION	
<p><u>Rédigé par :</u></p> <p>Marie-Josée Pépin</p> <p>Infirmière en immunisation</p>	Septembre 2010
<p><u>Validé par :</u></p> <p>Hélène Poireau,</p> <p>Directrice, Groupe-Santé-Hélios</p>	Septembre 2010

PROCESSUS D'APPROBATION	
<p><u>Approuvé par :</u></p> <p>Dr. Harpin 64127</p> <p>Dr. Harvey 1884519</p> <p>Dr.Denicourt 1800317</p>	Septembre 2010

ANNEXE 2

Fiche technique : AZITHROMYCINE (ZITHROMAX)

<u>NOM GÉNÉRIQUE</u>	<u>AZITHROMYCINE</u>
<u>Classification</u>	Anti-infectieux
<u>Mode d'action</u>	Liaison à la sous unité 50S des ribosomes des bactéries sensibles et inhibition de la synthèse des protéines; spectre d'activité antibactérienne beaucoup plus grand que celui de l'érythromycine.
<u>Présentation</u>	Adulte(16 ans et +)= comprimés de Zithromax (250 mg) Enfant(16 ans et -)=suspension (10mg/kg/j)
<u>Posologie pour adultes (16 ans et +)</u>	ZITHROMAX 250 MG <u>Adultes 16 ANS ET +</u>: 2 co. PO DIE pour 3 jours, si diarrhée importante (Plus de 24hrs, sang dans les selles et/ou fièvre) <u>Enfants 16 ANS ET -</u>: 10 mg/kg PO DIE (Maximum 500 mg/j) pour 3 jours (Disponible en comprimés de 250mg et en poudre pour suspension orale de 100mg/5ml ou 200mg/5ml)
<u>Contre-indications</u>	<u>Voir ordonnance collective (Annexe 1)</u>
<u>Effets secondaires</u>	<u>Voir ordonnance collective (Annexe 1)</u>

Fiche de liaison

Initier une ordonnance d'AZITHROMYCINE

DATE : _____

NOM : _____

ADRESSE : _____

TÉL : _____

DDN : _____

ALLERGIE : _____

POIDS : _____

J'ai procédé à l'évaluation de la personne ci-haut mentionnée et elle est une candidate à la prise d'AZITHROMYCINE. Il n'y a aucune contre-indication à la prise de cette médication.

Cette personne a reçu l'enseignement relatif à la prise de cette médication et des effets secondaires potentiels.

Traitement a commencer d'emblée si diarrhées importantes (Plus de 24hrs, sang dans les selles et/ou fièvre) .

Posologie;

AZITHROMYCINE

Adultes (16 ans et +) = : 2 co. PO DIE pour 3 jours, si diarrhée importante (Plus de 24hrs, sang dans les selles et/ou fièvre)

SUSPENSION

Enfant (16 ans et -) = : 10 mg/kg PO DIE (Maximum 500 mg/j) pour 3 jours (Disponible en comprimés de 250mg et en poudre pour suspension orale de 100mg/5ml ou 200mg/5ml)

Comprimés : _____

Nom et prénom de l'inf.

Signature de l'inf.

no. permis OIIQ

Étampe de la clinique

Médecin répondant

No. De permis

téléphone