

Installation : \_\_\_\_\_

Dossier : \_\_\_\_\_  
 Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_  F  M  
 AAAA-MM-JJ  
 NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
 AAAA-MM  
 Nom, Prénom de la mère : \_\_\_\_\_

**CELLULITE INFECTIEUSE :  
ANTIBIOTHÉRAPIE INTRAVEINEUSE AMBULATOIRE**

Poids : \_\_\_\_\_ kg      Taille : \_\_\_\_\_ cm  
 Allergies : \_\_\_\_\_ Clairance créatinine : \_\_\_\_\_ mL/min

**CONDUITE**

- Première ordonnance     Ordonnance de suivi  
 Les critères d'initiation et d'exclusion d'administration des antibiotiques intraveineux en ambulatoire sont respectés  
 Validité de l'ordonnance :  
 Poursuivre le traitement pour la durée indiquée même si l'usager est réévalué par le médecin  
**OU**  
 Attendre une nouvelle ordonnance après la réévaluation de l'usager par le médecin

**ORDONNANCES INITIALES**

**SOINS INFIRMIERS**

- Élever le membre atteint
- Marquer et mesurer le contour afin d'en suivre l'évolution
- Immuniser en post exposition selon le protocole d'immunisation du Québec :

\_\_\_\_\_ Vaccin antitétanique

Initiales

\_\_\_\_\_ Tig : immunoglobulines contre le tétanos 1 mL IM dans un site différent du vaccin

Initiales

Soins de plaie, préciser \_\_\_\_\_

- |  |   |
|--|---|
| <p><input type="checkbox"/> Suivi infirmier de l'évolution en médecine de jour (MDJ)<br/>dans : ____ jour(s)</p> <p><input type="checkbox"/> Réévaluation médicale en MDJ dans : ____ jour(s)</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin de l'urgence répondant (Postcure/Relance)</p> <p><input type="checkbox"/> Microbiologiste : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin hospitaliste : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Remettre les ordonnances de départ et/ou l'ordonnance ouverte</li> <li>▪ Donner les comprimés de dépannage, si en dehors des heures d'ouverture des pharmacies communautaires</li> <li>▪ Remettre et lire la feuille de conseils avec l'usager et lui donner des explications au besoin</li> <li>▪ Organiser antibiothérapie IV ambulatoire telle que prescrite et orienter l'usager</li> <li>▪ Autre : _____</li> </ul> |
|--|---|

**LABORATOIRES**

- Culture de plaie avant de débiter les antibiotiques (en présence d'écoulement purulent seulement)

Les résultats des dosages d'antibiotique seront suivis par :

- MD traitant : \_\_\_\_\_  
 Pharmacie communautaire préparatrice  
 Autre : \_\_\_\_\_

**\*\*Si usager externe → UTILISER LA REQUÊTE D'ANALYSES EXTERNE DE BIOLOGIE MÉDICALE\*\***

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fax envoyé par \_\_\_\_\_ (init.)      Heure d'envoi : \_\_\_\_\_      Ordonnance relevée par : \_\_\_\_\_ (init. inf.)





Tableau 1. Critères d'INITIATION	
Critères d'initiation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stabilité clinique de la maladie infectieuse</li> <li>• Nécessité d'un traitement intraveineux pour lequel l'utilisateur accepte les modalités de traitement</li> <li>• Accès à une voie veineuse sûre et stable selon le jugement clinique de l'équipe traitante</li> <li>• Absence de solution de rechange orale</li> <li>• Moyen de communication accessible (téléphone)</li> <li>• Diagnostic et plan médical et / ou chirurgical définis et clairs</li> <li>• Présence d'un lavabo avec du savon ou gel alcoolisé dans le lieu d'administration des antibiotiques</li> <li>• Accès à un réfrigérateur pour que le médicament soit conservé aux conditions optimales</li> <li>• Classification de l'infection identifiée</li> <li>• Consultation en chirurgie faite pour drainage / débridement PRN</li> <li>• Pour toute administration prévisible pour plus d'une semaine, considérer l'installation d'une voie centrale</li> <li>• Si l'enseignement n'est pas possible pour l'utilisateur ou son réseau, envisager une administration aux 24 heures ou prescrire l'administration sous pompe à perfusion ambulatoire</li> <li>• Aucun critère d'exclusion identifié</li> </ul>
Critères d'initiation 1ère dose en CLSC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La première dose doit être administrée en clinique ambulatoire de soins infirmiers ou par l'équipe de Suivis Intensifs À Domicile (SIAD)</li> <li>• Toute dose test ou test de provocation doit se faire en présence médicale immédiate pour la durée de l'administration incluant le temps de surveillance. Certains CLSC n'offrent pas ce service (se référer au guide l'INESSS)</li> </ul>

Tableau 2. Critères d'EXCLUSION	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moins de 14 ans</li> <li>• Situation sociale qui ne le permet pas</li> <li>• Condition psychiatrique instable</li> <li>• Utilisateur de drogue intraveineuse actif</li> <li>• Sepsis / instabilité hémodynamique</li> <li>• Confusion ou atteinte de l'état de conscience</li> <li>• Douleur locale extrême</li> <li>• Lésion rapidement progressive</li> <li>• Grand abcès non drainé</li> <li>• Antécédents suicidaires récents</li> <li>• Atteinte aux os, articulations ou tendons : référer en microbiologie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comorbidité qui se détériore : diabète débalancé, insuffisance cardiaque/hépatique/rénale</li> <li>• Soupçon de fasciite ex. douleur non-proportionnée aux trouvailles cliniques, hémorragie cutanée, nécrose cutanée, anesthésie de la région atteinte, crépitations, progression rapide de la plaie : de plus de 5 cm/h et / ou toxicité systémique</li> <li>• Incapacité physique compromettant le traitement (ex. capacité visuelle ou auditive problématique)</li> <li>• Usage actif de drogue intraveineuse ou risque significatif de rechute d'usage de drogues intraveineuses</li> </ul>

Tableau 3. Contre-indications à l'administration de probénécide	
Contre-indications <b>absolues</b> à l'administration de probénécide	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Goutte aiguë</li> <li>• Calculs rénaux</li> <li>• Dyscrasie sanguine</li> <li>• Ulcus peptique sans traitement</li> <li>• Clairance de créatinine inférieure à 30 mL/min</li> <li>• Allergie probénécide</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interactions médicamenteuses <ul style="list-style-type: none"> <li>○ AINS</li> <li>○ AAS à haute dose</li> <li>○ Méthotrexate</li> <li>○ Mycophénolate</li> </ul> </li> </ul>
Contre-indications <b>relatives</b> à l'administration de probénécide	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obésité IMC de plus de 40</li> <li>• Ulcères variqueux chroniques</li> <li>• Échec au traitement oral</li> </ul>	