

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ F M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

MORSURE ANTIBIOTHÉRAPIE AMBULATOIRE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm Créatinine : _____ mL/min

Allergies : _____

DIAGNOSTIC : Morsure humaine Morsure animale

CONDUITE

- Première ordonnance Ordonnance de suivi
 Les critères d'initiation et d'exclusion d'administration des antibiotiques intraveineux en ambulatoire sont respectés
(voir tableaux 1 et 2 en annexe)

Validité de l'ordonnance :

- Poursuivre le traitement pour la durée indiquée même si l'utilisateur est réévalué par le médecin

OU

- Attendre une nouvelle ordonnance après la réévaluation de l'utilisateur par le médecin

SOINS INFIRMIERS

Accès veineux : Salin lock PICC Line

Soins de plaie, préciser _____

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

LABORATOIRES

- FSC, Électrolytes, Créatinine, CRP Si atteinte systémique : Hémocultures x 2, Gaz veineux, Lactate, CK
 Culture de plaie Prélèvements sanguins « Personne exposée » Jour 0 → selon :
[Questionnaire « Personne exposée : évaluation médicale initiale »](#)

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

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

Indications pour prophylaxie antibiotique	
<ul style="list-style-type: none"> • Plaie ponctiforme profonde • Lacération avec fermeture primaire et réparation chirurgicale • Morsure au niveau du visage, des mains ou des organes génitaux • Morsures en proximité des os ou articulations 	<ul style="list-style-type: none"> • Morsures dans les régions d'insuffisance veineuse ou lymphatique, incluant des greffes • Immunosuppression incluant le diabète • Maladie hépatique avancée si morsure animale

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)	_____ Signature du prescripteur	_____ # permis
<input type="checkbox"/> Fax envoyé par _____ (init.)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

**MORSURE
ANTIBIOTHÉRAPIE AMBULATOIRE
(SUITE)**

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ F M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

Morsure humaine	Morsure animale
<ul style="list-style-type: none"> Vérifier statut de vaccination pour le tétanos Vérifier la victime pour la nécessité de prophylaxie post-exposition (PPE) contre le VIH et l'hépatite B, selon : Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC La PPE est indiquée lorsqu'il y a présence de sang dans la bouche du mordeur si ce dernier est VIH+ avec une charge virale détectable ou inconnue. La PPE est aussi recommandée si la source fait partie d'un groupe à risque et a présenté des symptômes de primo-infection au cours des 3 derniers mois. Dans certaines circonstances, la PPE peut être indiquée pour le mordeur Suivi microbiologie infectiologie si PPE pour le VIH prescrite 	<ul style="list-style-type: none"> Vérifier statut de vaccination pour le tétanos : Aide à la décision pour la prophylaxie antitétanique Évaluer le risque pour la rage : Gestion des expositions à risque de rage Si morsure de singe discuter avec le microbiologiste la nécessité de prophylaxie pour l'herpès B
Vaccins et immunoglobulines	
Vaccination hépatite B _____ Engerix-B 20 mcg/mL OU Recombivax HB 10 mcg/mL : 1 mL IM x _____ doses <small>Initiales</small> _____ _____ Immunoglobulines HB 0,06 mL/kg IM <small>Initiales</small> _____	
Vaccination contre la rage	
A. Calendrier en post exposition pour les personnes déjà immunisées contre la rage _____ Imovax Rage OU RabAvert : 1 mL = 2,5 unités internationales IM jour 0 et jour 3 <small>Initiales</small> _____	
B. Calendrier en post exposition pour les personnes non immunisées contre la rage _____ Imovax Rage OU RabAvert : 1 mL = 2,5 unités internationales IM jour 0, jour 3, jour 7 et jour 14 <small>Initiales</small> _____ Donner un 5 ^e vaccin jour 28 pour les personnes immunodéprimées. Doser les anticorps de 2 à 4 semaines après l'administration de la 5 ^e dose. Si le titre d'anticorps est inférieur à 0,5 UI/mL, administrer 1 dose additionnelle de vaccin par voie IM _____ Immunoglobulines Rage 20 unités internationales/kg = _____ unités internationales IM <small>Initiales</small> _____ Infiltrer la plus grande quantité possible de la dose dans la plaie et autour d'elle. Administrer le reste par voie IM en utilisant une autre aiguille.	

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis
<input type="checkbox"/> Fax envoyé par _____ (init.)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

**MORSURE
ANTIBIOTHÉRAPIE AMBULATOIRE
(SUITE)**

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ F M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

Vaccination tétanos

_____ dT 0,5 mL IM

Initiales

_____ dcAt 0,5 mL IM

Initiales

_____ Tlg 1 mL (250 unités) IM

Initiales

Antécédents vaccination tétanos	Conduite à tenir
0, 1 ou 2 doses ou statut inconnu	<ul style="list-style-type: none"> - Administrer les Tlg - Administrer le vaccin si la dernière dose de vaccin remonte à : <ul style="list-style-type: none"> o 4 semaines ou plus o 6 mois ou plus si 2 doses de vaccin ont été données à l'âge de 4 ans ou après - Chez la personne immunodéprimée*, administrer le vaccin, quel que soit l'intervalle depuis la dernière dose de vaccin
Supérieure ou égale à 3 doses	<ul style="list-style-type: none"> - Administrer le vaccin si la dernière dose de vaccin remonte à : <ul style="list-style-type: none"> o 6 mois ou plus si la personne n'a pas reçu de dose de vaccin après l'âge de 4 ans o 5 ans si la personne a reçu 1 dose de vaccin après l'âge de 4 ans - Chez la personne immunodéprimée*, administrer le vaccin, quel que soit l'intervalle depuis la dernière dose de vaccin

* Voir définition dans le PIQ :

<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-vaccinologie-pratique/immunodepression/>

Traitement prophylactique antiviral

VIH

_____ Ténofovir-emtricitabine/Truvada^{MD} 1 co PO DIE + Raltegravir 400 mg PO BID x 28 jours

Initiales

Herpès B (si morsure de singe)

_____ Valacyclovir x 14 jours

Initiales

- 1 g PO TID si Clcr supérieure ou égale à 50 mL/min
- 1 g PO BID si Clcr entre 30 et 49 mL/min
- 1 g PO DIE si Clcr entre 10 et 29 mL/min
- 500 mg PO DIE Clcr inférieure à 10 mL/min

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis
<input type="checkbox"/> Fax envoyé par _____ (init.)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

MORSURE ANTIBIOTHÉRAPIE AMBULATOIRE (SUITE)

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ F M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

Traitement antibiotique

_____ Pipéracilline-tazobactam pour _____ jours (servir en infuseur) 4,5 g IV q 8 h si Clcr supérieure à 40 mL/min
Initiales _____ 3,375 g IV q 8 h si Clcr de 20 à 40 mL/min
 2,25 g IV q 8 h si Clcr inférieure à 20 mL/min
 2,25 g IV q 8 h si dialyse + 0,75 g IV après la dialyse

Ceftriaxone 2 g IV q 24 h pour _____ jours (servir en infuseur)

ET

_____ Flagyl 500 mg PO TID pour _____ jours
Initiales _____

Ertapenem _____ mg IV q 24 h pour _____ jours (servir en infuseur)

Initiales _____ *Limiter la dose à 500 mg q 24 h si Clcr inférieure à 30 ml/min*

Clindamycine 600 mg IV q 8 h pour _____ jours (servir en infuseur)

ET

Initiales _____ Ciprofloxacine 500 mg PO DIE BID pour _____ jours **OU**

Ciprofloxacine 400 mg IV DIE BID pour _____ jours

Limiter la dose à 500 mg par jour si Clcr inférieure à 30 mL/min

Lévofloxacine 500 mg PO DIE pour _____ jours **OU**

Initiales _____ Lévofloxacine 500 mg IV DIE Autre _____ pour _____ jours

Limiter la dose à 250 mg DIE si Clcr entre 20 et 49 mL/min et à 250 mg aux 2 jours si Clcr inférieure à 20 mL/min

Traitement PO de dépannage en cas d'impossibilité temporaire d'administrer l'antibiothérapie intraveineuse prescrite

_____ En cas de défectuosité du dispositif d'administration (infuseur ou pompe) ou de problème avec le cathéter, donner une
Initiales _____ dose de _____ PO q _____ h pendant _____ ou selon les directives de
l'infirmière du CLSC

_____ Aucun antibiotique PO en dépannage, faire revoir par un médecin

Initiales _____

IRRIGATION

_____ Irriguer par turbulence avec 3 mL de NaCl 0,9% pour cathéter court (utiliser une seringue de 10 mL afin d'obtenir une
Initiales _____ pression adéquate) avant et après chaque dose d'antibiotique (servir 2 seringues par dose)

_____ Irriguer par turbulence avec 10 mL de NaCl 0,9% pour accès veineux central avant et après chaque dose d'antibiotique
Initiales _____ (servir 2 seringues par dose)

Nom du pharmacien : _____ Télécopieur : _____

Cette ordonnance est l'originale. Le pharmacien identifié est le seul destinataire. Le document original ne sera pas réutilisé

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis
<input type="checkbox"/> Fax envoyé par _____ (init.)		
Heure d'envoi : _____ Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)		

Annexe

Tableau 1. Critères d'INITIATION	
Critères d'initiation	<ul style="list-style-type: none"> • Classification de l'infection identifiée • Consultation en chirurgie faite pour drainage / débridement PRN • Pour toute administration prévisible pour plus d'une semaine, considérer l'installation d'une voie centrale • Si l'enseignement n'est pas possible pour l'usager ou son réseau, envisager une administration aux 24 heures ou prescrire l'administration sous pompe à perfusion ambulatoire. Prévoir un Picline • Aucun critère d'exclusion identifié • Stabilité clinique de la maladie infectieuse ; • Nécessité d'un traitement intraveineux pour lequel l'usager accepte les modalités de traitement ; • Accès à une voie veineuse sûre et stable selon le jugement clinique de l'équipe traitante ; • Absence de solution de rechange orale ; • Moyen de communication accessible (téléphone) ; • Diagnostic et plan médical et/ou chirurgical définis et clairs ; • Présence d'un lavabo avec du savon ou gel alcoolisé dans le lieu d'administration des antibiotiques ; • Accès à un réfrigérateur pour que le médicament soit conservé aux conditions optimales.
Critères d'initiation 1 ^{ère} dose en CLSC	<ul style="list-style-type: none"> • La première dose doit être administrée en clinique ambulatoire de soins infirmiers ou par l'équipe de soins intensifs à domicile (SIAD) • 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)

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