

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'usager est réévalué par le médecin

**OU**

- Attendre une nouvelle ordonnance après la réévaluation de l'usager 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"> <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> </ul> 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"> <li>• Plaie ponctiforme profonde</li> <li>• Lacération avec fermeture primaire et réparation chirurgicale</li> <li>• Morsure au niveau du visage, des mains ou des organes génitaux</li> <li>• Morsures en proximité des os ou articulations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Morsures dans les régions d'insuffisance veineuse ou lymphatique, incluant des greffes</li> <li>• Immunosuppression incluant le diabète</li> <li>• Maladie hépatique avancée si morsure animale</li> </ul>

_____	_____	_____
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"> <li>Vérifier statut de vaccination pour le tétanos</li> <li>Vérifier la victime pour la nécessité de prophylaxie post-exposition (PPE) contre le VIH et l'hépatite B, selon : <a href="#">Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC</a> 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.</li> <li>Dans certaines circonstances, la PPE peut être indiquée pour le mordeur</li> <li>Suivi microbiologie infectiologie si PPE pour le VIH prescrite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vérifier statut de vaccination pour le tétanos : <a href="#">Aide à la décision pour la prophylaxie antitétanique</a></li> <li>Évaluer le risque pour la rage : <a href="#">Gestion des expositions à risque de rage</a></li> <li>Si morsure de singe discuter avec le microbiologiste la nécessité de prophylaxie pour l'herpès B</li> </ul>

**Vaccins et immunoglobulines**

Vaccination hépatite B  
 \_\_\_\_\_ Engerix-B 20 mcg/mL **OU** Recombivax HB 10 mcg/mL : 1 mL IM x \_\_\_\_\_ doses  
Initiales \_\_\_\_\_

Immunoglobulines HB 0,06 mL/kg IM  
Initiales \_\_\_\_\_

**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  
Initiales \_\_\_\_\_

**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  
Initiales \_\_\_\_\_ Donner un 5<sup>e</sup> vaccin jour 28 pour les personnes immunodéprimées. Doser les anticorps de 2 à 4 semaines après l'administration de la 5<sup>e</sup> 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  
Initiales \_\_\_\_\_ 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"> <li>- Administrer les Tlg</li> <li>- Administrer le vaccin si la dernière dose de vaccin remonte à :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>o 4 semaines ou plus</li> <li>o 6 mois ou plus si 2 doses de vaccin ont été données à l'âge de 4 ans ou après</li> </ul> </li> <li>- Chez la personne immunodéprimée*, administrer le vaccin, quel que soit l'intervalle depuis la dernière dose de vaccin</li> </ul>
Supérieure ou égale à 3 doses	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrer le vaccin si la dernière dose de vaccin remonte à :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>o 6 mois ou plus si la personne n'a pas reçu de dose de vaccin après l'âge de 4 ans</li> <li>o 5 ans si la personne a reçu 1 dose de vaccin après l'âge de 4 ans</li> </ul> </li> <li>- Chez la personne immunodéprimée*, administrer le vaccin, quel que soit l'intervalle depuis la dernière dose de vaccin</li> </ul>

\* Voir définition dans le PIQ :

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

**Traitement prophylactique antiviral**

VIH

\_\_\_\_\_ Ténofovir-emtricitabine/Truvada<sup>MD</sup> 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.)		



## Annexe

Tableau 1. Critères d'INITIATION	
Critères d'initiation	<ul style="list-style-type: none"> <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'usager ou son réseau, envisager une administration aux 24 heures ou prescrire l'administration sous pompe à perfusion ambulatoire. Prévoir un Picline</li> <li>• Aucun critère d'exclusion identifié</li> <li>• Stabilité clinique de la maladie infectieuse ;</li> <li>• Nécessité d'un traitement intraveineux pour lequel l'usager accepte les modalités de traitement ;</li> <li>• <u>Accès à une voie veineuse sûre et stable</u> 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>• <u>Accès à un réfrigérateur pour que le médicament soit conservé aux conditions optimales.</u></li> </ul>
Critères d'initiation 1 <sup>ère</sup> 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 soins 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	
Contre-indications pour un traitement ambulatoire et à domicile	
<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> </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, 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.</li> <li>• Incapacité physique compromettant le traitement (p. 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>