

## ORDONNANCE COLLECTIVE

### Directions

DSIPP-DAM-DSAPL

### Service

Service de gastroentérologie du CSSS  
Richelieu Yamaska (CSSSRY)

### Personnes habilitées

Infirmière clinicienne de gastroentérologie  
Pharmaciens communautaires exerçant au  
Québec

---

### Numéro

OC-GAE-04

---

### Préparée par

Martine Brochu, infirmière  
clinicienne en gastroentérologie

Dr Guillaume Brodeur,  
gastroentérologue

---

### Collaboration

Martin Gaudette,  
conseiller DSIPP, Diane Pelletier,  
pharmacienne, DAM

---

### Approuvée par CMDP

Date : Le 1<sup>er</sup> octobre 2013

---

### Consultée par CECII

Date : Le 17 octobre 2013

---

---

Page 1 sur 7

---

### En vigueur le

Le 1<sup>er</sup> octobre 2013

---

### Révisée le

---

### Ce document remplace

---

### Portant le numéro

---

**OBJET : Initier le traitement d'*Helicobacter pylori* (*H. pylori*) et le test démontrant son éradication chez un usager suivi par le service de gastroentérologie.**

**L'ordonnance collective ne s'applique pas si elle entre en contradiction avec une ordonnance individuelle.**

### But :

Assurer une prise en charge rapide d'un usager suivi par le service de gastroentérologie, suite à l'obtention d'un résultat positif à l'*H. pylori*.

### Objectifs :

- Offrir un suivi en gastroentérologie et un soutien personnalisé à chaque usager.
- Faire bénéficier l'usager d'une ordonnance d'antibiotiques pour le traitement de l'*H. pylori*.
- Rassurer les usagers devant prendre des antibiotiques.
- Faire la demande du test respiratoire à l'urée marquée 13C (2 mois post-antibiotique).
- Informer les usagers de la procédure du test respiratoire à l'urée marquée 13C et les règles à suivre avant l'examen.
- Assurer un suivi avec le gastroentérologue 2 mois après le test respiratoire à l'urée marquée 13C.

### Activités réservées de l'infirmière :

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique (LII art 36 al 1).
- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance (LII art 36 al 3).
- Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes (LII art 36 al 10).

### Activités réservées du pharmacien :

- Initier ou ajuster, selon une ordonnance, la thérapie médicamenteuse en recourant, le cas échéant, aux analyses de laboratoire appropriées (LP article 17 al. 5).
- Surveiller la thérapie médicamenteuse (LP article 17 al. 4).

**Intention thérapeutique :**

- Prévenir le développement d'un ulcère duodéal causé par le *H. pylori*.

**Condition d'initiation de l'ordonnance :**

- Usager de plus de 18 ans avec un résultat positif d' *H. pylori* provenant d'un résultat de laboratoire sanguin, d'un test respiratoire à l'urée marquée 13C ou d'un résultat de pathologie, demandé par un gastroentérologue du CSSSRY.

**Circonstances/indications dans lesquelles l'acte peut être posé :**

- Cette ordonnance est utilisée par l'infirmière clinicienne de la clinique de gastroentérologie du CSSSRY lorsque :
  - i. La demande provient d'un gastroentérologue;  
**ET**
  - ii. Le résultat d'*H. pylori* est positif (soit un résultat de laboratoire sanguin, soit un test respiratoire à l'urée marquée 13C ou soit un résultat de pathologie);  
**ET**
  - iii. L'usager est suivi par un gastroentérologue.

**Contre-indications cliniques :**

- Présence d'une ordonnance médicale contraire au dossier soit ordonnance d'antibiotiques ou d'un inhibiteur de la pompe à protons
- Usager ayant moins de 18 ans.
- Femme enceinte ou qui allaite.
- Allergie à l'un des médicaments ciblés.
- Prise d'anticoagulant oral
- Insuffisance rénale connue (soit clairance à la créatinine ou DGFe de 30 mL/min et moins)
- Insuffisance hépatique connue
- Toute autre contre-indication établie suite au questionnaire d'évaluation pour la prise des médicaments.
- En présence de contre-indications, référer au gastroentérologue.

**Professionnel visé :**

- Infirmière clinicienne au service de gastroentérologie du CSSSRY.

**Lieu :**

- Service de gastroentérologie du CSSSRY.

**Clientèle visée :**

- Usager âgé de plus de 18 ans ayant un test d'*H. pylori* positif.

**Conditions d'application :**

- L'infirmière doit :
  1. Procéder à l'évaluation clinique de l'usager.
  2. Remplir le formulaire d'évaluation pour le traitement d'un usager avec un résultat *H. pylori* positif (annexe 1).
  3. Donner les renseignements et le counseling sur les divers aspects relatifs à l'*H. pylori*, à son traitement et à la validation de l'éradication selon le Guide de la société gastro-intestinale: « Ulcère gastro-duodéal, renseignements destinés aux patients ».
  4. Suite à l'évaluation :
    - Pour l'usager en présence de contre-indication :
      - i. Référer au gastroentérologue.
    - Pour l'usager sans contre-indication :
      - i. Remplir la fiche de liaison, la signer et la remettre à l'usager;
      - ii. Aviser l'usager de se présenter à un pharmacien communautaire de son choix.

5. Pour s'assurer de l'éradication de l'*H. pylori* deux (2) mois après la prise des antibiotiques, un test respiratoire à l'urée marquée 13C doit être effectué. Remplir la requête de la façon suivante:
    - a. Compléter les renseignements obligatoires : nom, prénom de l'utilisateur, numéro de dossier ou RAMQ et numéro de téléphone;
    - b. Incrire le nom et prénom du gastroentérologue traitant et inscrire le nom et prénom du médecin de famille en copie;
    - c. Indiquer selon OC-GAE-04;
    - d. Cocher *H. pylori* test respiratoire à l'urée marquée 13C;
    - e. Indiquer la date approximative prévue (soit 2 mois après la fin de la prise des antibiotiques);
    - f. Incrire les renseignements cliniques;
    - g. Acheminer la requête au centre de rendez-vous pour le laboratoire;
    - h. Remettre l'information à l'utilisateur devant faire le test respiratoire à l'urée marquée au carbone 13 pour la détection de *H. pylori*;
    - i. Informer l'utilisateur qu'il recevra un appel téléphonique afin de fixer son rendez-vous.
  6. Répondre aux questions de l'utilisateur, s'il y a lieu.
  7. Le formulaire de l'évaluation de l'infirmière est remis au dossier de l'utilisateur.
- Le pharmacien communautaire doit :
    1. S'assurer qu'il détient l'ordonnance collective et qu'il reçoit le formulaire de liaison concernant l'antibiotique.
    2. Analyser la pharmacothérapie de l'utilisateur, et communiquer avec le gastroentérologue répondant, si présence d'interaction à risque
    3. Individualiser l'ordonnance et communiquer, au besoin, avec le gastroentérologue répondant.
    4. Préparer la médication et la remettre à l'utilisateur.
    5. S'assurer que l'utilisateur a reçu les informations sur le médicament prescrit.
    6. Effectuer les interventions appropriées lorsque l'utilisateur consomme d'autres médicaments.

**Durée du traitement :**

- Quatorze (14) jours

**Période de validité de l'ordonnance :** Cette ordonnance collective ne peut être utilisée qu'une fois par utilisateur.

**Référence**

*Test respiratoire à l'urée marquée au carbone 13 pour la détection de H. pylori*, Information aux patients, Marie Gingras, PhD, DEPD, CSPQ, chef du service clinique de biochimie, Johanne Lussier, chef des services de biologie médicale, CSSSRY.

*Ulcère gastro-duodénal*, renseignements destinés aux patients, Société gastro-intestinale, mauxdeventre.org, disponible sur : [www.mauxdeventre.org](http://www.mauxdeventre.org) et [http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=ulcere\\_gastroduodenal\\_pm.](http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=ulcere_gastroduodenal_pm.)

Approuvée :

*Original signé par Mme Ginette Brunelle*

*2013-09-19*

---

Directrice des programmes des soins infirmiers  
et des pratiques professionnelles par intérim

---

Date

*Original signé par docteur Dominique Grandmont*

*2013-09-16*

---

Chef du département de médecine spécialisée

---

Date

*Original signé par Madame Sandra Chapados*

*2013-09-16*

---

Chef du département de la pharmacie

---

Date

*Original signé par le docteur Normand Kingsley*

*2013-10-02*

---

Directeur des affaires médicales par intérim

---

Date

*Original signé par le docteur Guillaume Brodeur*

*2013-09-18*

---

Chef du service de gastroentérologie

---

Date

*Original signé par le docteur Louis-Jean Roy*

*2014-01-10*

---

Président du CMDP

---

Date

**Évaluation de l'infirmière pour l'utilisation de  
l'ordonnance collective d'un usager avec un  
résultat d'*Helicobacter pylori* (*H. pylori*) positif**

IV - DOSSIER :

**Annexe 1**

Nom, prénom :

Date de naissance :

NAM :

No téléphone usager :

Nom, prénom du père :

Nom, prénom de la mère :

**PRÉSENCE D'*H. PYLORI* CONFIRMÉE PAR :**

- Résultat de pathologie suite à une gastroscopie  Résultat de test respiratoire à l'urée marquée 13C  
 Résultat de test laboratoire *H. pylori* sérique

**ÉVALUATION DE L'USAGER :**

Âge : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_  Allergie(s) : \_\_\_\_\_

Clairance de la créatinine (si disponible) : \_\_\_\_\_

Médication usuelle :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CONTRE-INDICATIONS CLINIQUES :**

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ➤ L'usager a moins de 18 ans   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Femme enceinte ou qui allaite  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Usager sous warfarin (Coumadin), dabigatran (Pradaxa) ou ticagrelor (Brilinta)   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Usager souffrant d'insuffisance rénale   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Usager souffrant de cirrhose   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Usager souffrant de problèmes cardiaques (arythmie ventriculaire, prolongation de l'intervalle QT, torsade de pointe)  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Usager greffé  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Usager séropositif au VIH  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Usager ayant déjà été traité pour l' <i>H. pylori</i> > 10 jours   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Allergie ou hypersensibilité à l'Amoxicilline ou d'autres dérivés de la Pénicilline<br>Amoxicilline-Clavulanate (Clavulin), Ampicilline(Ampicin), Cloxacilline (Orbenin), Penicilline G ou V, Pipéracilline (Pipracil),<br>Pipéracilline-Tazobactam (Tazocin), Pivampicilline (Pondocillin), Ticarcilline-Clavulanate (Timentin) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Allergie ou hypersensibilité à la Clarithromycine(Biaxin) ou d'autres Macrolides<br>Azithromycine (Zithromax), Erythromycine (Erythrocin, Erythromid),<br>Spiramycine (Rovamycine).  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Allergie ou hypersensibilité au pantoprazole (Pantoloc)  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

**SUITE À L'ÉVALUATION, L'ORDONNANCE COLLECTIVE PEUT-ELLE S'APPLIQUER?**

Une seule réponse positive est une contre-indication à la médication et nécessite un rendez-vous avec le gastroentérologue.

Oui  Non Si non, raison : \_\_\_\_\_

**SUIVI DU RÉSULTAT DE L'ÉVALUATION :**

- Rendez-vous avec le gastroentérologue Dr \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
ou
- Formulaire de liaison pour l'application de l'ordonnance collective fait
- Requête faite pour le test respiratoire à l'urée marquée 13C prévu dans 2 mois
- Renseignements donnés à l'usager sur la démarche à suivre
- Rendez-vous avec le gastroentérologue 2 mois après le test respiratoire à l'urée marquée 13 C

Autres renseignements :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Signature de l'infirmière : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Centre de santé et de services sociaux  
Richelieu-Yamaska

affilié à  UNIVERSITÉ DE  
SHERBROOKE

**Initier le traitement pour l'utilisateur avec  
un résultat d'*Helicobacter pylori*  
(*H. pylori*) positif**

N° Dossier :

**Annexe 2**

Nom, prénom :

Date de naissance :

NAM :

No téléphone usager :

Nom, prénom du père :

Nom, prénom de la mère :

### Formulaire de liaison pour l'application de l'ordonnance collective/OC-GAE-04

Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Clairance de la créatinine (si disponible) : \_\_\_\_\_

J'ai procédé à l'évaluation de la personne ci-haut mentionnée et elle est une candidate à la prise de la médication contre la bactérie *H. pylori*. Aucune des contre-indications énoncées dans l'ordonnance collective n'est présente.

L'évaluation détaillée des interactions n'a pas été effectuée par l'infirmière-clinicienne. Les conseils spécifiques à la prise de la médication n'ont pas été donnés à l'utilisateur.

- |   |                   |
|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> AMOXICILLINE (Amoxil) 500 MG 2 CO BID, 56 co | } Durant 14 jours |
| <input type="checkbox"/> CLARITHROMYCINE (Biaxin) 500 MG BID, 28 co   |                   |
| <input type="checkbox"/> PANTOPRAZOLE (Pantoloc) 40 MG BID, 28 co     |                   |

\_\_\_\_\_  
Nom et Prénom de l'infirmière

\_\_\_\_\_  
Signature de l'infirmière

\_\_\_\_\_  
N° de permis de l'OIIQ

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date

Nom du gastroentérologue répondant : \_\_\_\_\_ N° de permis : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

Si transmission par télécopieur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

#### Certification du prescripteur

Je certifie que cette ordonnance est une ordonnance originale. L'original ne sera pas réutilisé.

La pharmacie suivante est la seule destinataire : \_\_\_\_\_

Pour consulter la version complète de l'ordonnance collective, veuillez-vous rendre à l'adresse suivante :

<http://www.lesommetavotreportee.qc.ca>, section médecins/pharmacie et cliquez sur l'onglet *Ordonnance collective pharmaciens communautaires*.