

ORDONNANCE COLLECTIVE

OC-2010-1

**Rédigé/révisé par :** La direction des soins infirmiers et le département de pharmacie

**Date d'entrée en vigueur :** 2010-03-11

**Accepté par le comité de pharmacologie**

**Approuvé par le CMDP :** 2010-03-11

**Date de révision :** 2012-03-14

**Suivi lors du traitement aux antipsychotiques atypiques**

Professionnels concernés

- Infirmières et infirmiers

Adapté de l'ordonnance collective « Suivi lors du traitement antipsychotiques atypiques » et avec l'autorisation de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec. (2011)

**PROFESSIONNELS HABILITÉS \*À EXÉCUTER L'ORDONNANCE**

Les infirmières du CSSS de la Vieille-Capitale qui possèdent la formation pertinente, les connaissances et les compétences nécessaires à l'application du protocole et qui travaillent dans les secteurs suivants depuis au moins 7 jours :

Centre d'hébergement		CLSC						
Courte durée	Longue durée	ASM	FEJ	SAD	Services courants	UMF	SIDEP	Autres
		X		X	X			

\* Le personnel d'agence est autorisé à utiliser l'ordonnance collective s'il possède la formation, les connaissances et les compétences nécessaires. Il doit être cependant affecté à un remplacement de 7 jours et plus.

**ACTIVITÉS RÉSERVÉES**

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements au plan thérapeutique infirmier.
- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance.

**RÉFÉRENCE À UN PROTOCOLE ET FORMULAIRE**

Oui  Non

**GROUPE DE PERSONNES VISÉES OU SITUATION CLINIQUE VISÉE PAR L'ORDONNANCE**

Usagers du programme Adulte/Santé mentale, des Services de santé courants et du Soutien à domicile possédant une ordonnance médicale individuelle d'un antipsychotique de seconde génération.

---

## INDICATIONS ET CONDITIONS D'INITIATION

- Pour tout usager pour qui est envisagé un traitement régulier à l'un des antipsychotiques suivants :  
OU
- Pour tout usager qui a une ordonnance sur une base régulière de l'un des antipsychotiques suivants :
  - OLANZAPINE : ZYPREXA<sup>MD</sup>, ZYPREXAZYDIS<sup>MD</sup>
  - PALIPERIDONE : INVEGA<sup>MD</sup>, INVEGASUSTENNA<sup>MD</sup>
  - QUETIAPINE : SEROQUEL<sup>MD</sup>, SEROQUEL XR<sup>MD</sup>
  - RISPÉRIDONE : RISPERDAL<sup>MD</sup>, RISPERDAL M-TAB<sup>MD</sup>, RISPERDAL CONSTA<sup>MD</sup>

## INTENTION THÉRAPEUTIQUE

- Dépister les variations des paramètres hématologiques, métaboliques, hépatiques, anthropométriques, cardiaques et des signes vitaux.

## CONTRE-INDICATION

Le médecin qui ne désire pas que le présent protocole soit appliqué.

## LIMITES / RÉFÉRENCE AU MÉDECIN

- Pour l'usager suivi en externe, la mesure des paramètres anthropométriques au JOUR 14 est faite selon les disponibilités de l'usager.
- Résultat d'examen anormal selon les paramètres visés par le traitement.
- Apparition d'effets indésirables.

## DIRECTIVES :

- Aviser le médecin traitant que son usager est admissible au suivi proposé par l'ordonnance collective.
- Exécuter les examens selon les formulaires « PROTOCOLE DE SURVEILLANCE LORS DU TRAITEMENT AUX ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES » ci-annexés.
- Habituellement, le médecin prescrit l'antipsychotique après les examens prétraitements, mais il peut arriver qu'il prescrive cette médication en même temps, lorsque l'état clinique de l'usager l'exige.
- Incrire sur le formulaire les résultats des paramètres suivants :
  - ✓ Taille (m)
  - ✓ Poids (kg)
  - ✓ Tour de taille (cm)
  - ✓ TA (mmHg)
  - ✓ Pouls (batt./min.)
- Prendre note que le médecin peut prescrire des examens complémentaires lorsque jugé nécessaire.
- Après un an, des examens sont répétés aux 6 mois.
- Dans le cas où un antipsychotique serait remplacé pour un autre antipsychotique visé par le présent protocole ou qu'un deuxième soit ajouté, recommencer un nouveau protocole de suivi en utilisant les résultats des derniers tests cliniques comme valeurs pour les tests prétraitements. Refaire les examens s'ils datent de plus de 3 mois. Suivre à nouveau les étapes du protocole.

## Source :

Institut universitaire en santé mentale de Québec, (2011). Suivi lors du traitement aux antipsychotiques atypiques. Ordonnance collective.

**Protocole de suivi lors du traitement aux  
antipsychotiques atypiques (excepté clozapine)**

**-12 premiers mois de traitement -**

**FEUILLE N°**

Cette case doit contenir :

N° dossier, Nom et prénom, Date de naissance (aaaa-mm-jj).

	<input type="checkbox"/> <b>OLANZAPINE</b> Zyprexa <sup>MD</sup> , ZyprexaZydis <sup>MD</sup>	<input type="checkbox"/> <b>PALIPÉRIDONE</b> Invega <sup>MD</sup> , InvegaSustenna <sup>MD</sup> ,	<input type="checkbox"/> <b>QUÉTIAPINE</b> Seroquel <sup>MD</sup> Seroquel XR <sup>MD</sup>	<input type="checkbox"/> <b>RISPERIDONE</b> Risperdal <sup>MD</sup> , Risperdal M-Tab <sup>MD</sup> , RisperdalConsta <sup>MD</sup>
<b>Début du traitement :</b>				

TESTS PRÉTRAITEMENTS	FAIT (DATE)	SIGNATURE	RÉSULTATS
• ECG			
• Taille			m
• Poids			kg
• Tour de taille			cm
• TA			mmHg
• Pouls			batt / min
• FSC (si plus de 3 mois)			
• Cholestérol total (si plus de 3 mois)			
• Triglycérides (si plus de 3 mois)			
• C-HDL (si plus de 3 mois)			
• C-LDL (si plus de 3 mois)			
• Indice athérogénique (si plus de 3 mois)			
• Créatinine-kinase (CPK) (si plus de 3 mois)			
• Créatinine (si plus de 3 mois)			
• Glycémie à jeun (si plus de 3 mois)			
• Ions (Na / K / Cl ) (si plus de 3 mois)			
• AST / ALT (si plus de 3 mois)			
• HbA1c (si Dx de diabète) (si plus de 3 mois)			
• Prolactine (si plus de 3 mois)			
• TSH (si plus de 3 mois)			
<b>JOUR 14 (Facultatif pour les usagers suivis en externe)</b>			
• Poids			kg
• TA			mmHg
• Pouls			batt / min
<b>1<sup>ER</sup> MOIS DE TRAITEMENT</b>			
• Poids			kg
• Tour de taille			cm
• TA			mmHg
• Pouls			batt / min
• Cholestérol total			
• Triglycérides			
• C-HDL			
• C-LDL			
• Indice athérogénique			
• Glycémie à jeun			
• AST - ALT			

3 MOIS DE TRAITEMENT	FAIT (DATE)	SIGNATURE	RÉSULTATS
• Poids			kg
• Tour de taille			cm
• TA			mmHg
• Pouls			batt / min
• Cholestérol total			
• Triglycérides			
• C-HDL			
• C-LDL			
• Indice athérogénique			
• Glycémie à jeun			
• Prolactine			
6 MOIS DE TRAITEMENT			
• Poids			kg
• Tour de taille			cm
• TA			mmHg
• Pouls			batt / min
• Cholestérol total			
• Triglycérides			
• C-HDL			
• C-LDL			
• Indice athérogénique			
• AST - ALT			
• Glycémie à jeun			
• HbA1c (si Dx de diabète)			
1 AN DE TRAITEMENT			
• Poids			kg
• Tour de taille			cm
• TA			mmHg
• Pouls			batt / min
• Cholestérol total			
• Triglycérides			
• C-HDL			
• C-LDL			
• Indice athérogénique			
• AST / ALT			
• Glycémie a jeun			
• HbA1c (si Dx de diabète)			
• Prolactine			

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES	DATE	SIGNATURE	EXAMENS COMPLÉMENTAIRES	DATE	SIGNATURE

- Ce protocole n'exclut pas les précautions et contre-indications requises par les monographies.
- Examens complémentaires : Tout autre examen prescrit en lien avec le protocole.

**Protocole de suivi lors du traitement aux  
antipsychotiques atypiques  
- Après un an de traitement -**

FEUILLE N°

Cette case doit contenir :

N° dossier, Nom et prénom, Date de naissance (aaaa-mm-jj).

	<input type="checkbox"/> <b>OLANZAPINE</b> Zyprexa <sup>MD</sup> , Zyprexa Zydis <sup>MD</sup>	<input type="checkbox"/> <b>PALIPÉRIDONE</b> Invega <sup>MD</sup> , Invega Sustenna <sup>MD</sup> ,	<input type="checkbox"/> <b>QUÉTIAPINE</b> Seroquel <sup>MD</sup> Seroquel XR <sup>MD</sup>	<input type="checkbox"/> <b>RISPERIDONE</b> Risperdal <sup>MD</sup> , Risperdal M-Tab <sup>MD</sup> , RisperdalConsta <sup>MD</sup>
<b>Début du traitement :</b>				

AUX 6 MOIS	FAIT (DATE)	SIGNATURE	RÉSULTATS
• Poids			kg
• Tour de taille			cm
• TA			mmHg
• Pouls			batt / min
• Cholestérol total			
• Triglycérides			
• C-HDL			
• C-LDL			
• Indice athérogénique			
• Glycémie à jeun			
• HbA1c (si Dx de diabète)			
<b>AUX ANNÉES</b>			
• Poids			kg
• Tour de taille			cm
• TA			mmHg
• Pouls			batt / min
• Cholestérol total			
• Triglycérides			
• C-HDL			
• C-LDL			
• Indice athérogénique			
• AST / ALT			
• Glycémie à jeun			
• HbA1c (si Dx de diabète)			
• Prolactine			
<b>AUX 6 MOIS</b>			
• Poids			kg
• Tour de taille			cm
• TA			mmHg
• Pouls			batt / min
• Cholestérol total			
• Triglycérides			
• C-HDL			
• C-LDL			
• Indice athérogénique			
• Glycémie a jeun			
• HbA1c (si Dx de diabète)			

AUX ANNÉES	FAIT (DATE)	SIGNATURE	RÉSULTATS
• Poids			kg
• Tour de taille			cm
• TA			mmHg
• Pouls			batt / min
• Cholestérol total			
• Triglycérides			
• C-HDL			
• C-LDL			
• Indice athérogénique			
• AST / ALT			
• Glycémie à jeun			
• HbA1c (si Dx de diabète)			
• Prolactine			

#### AUX 6 MOIS

• Poids			kg
• Tour de taille			cm
• TA			mmHg
• Pouls			batt / min
• Cholestérol total			
• Triglycérides			
• C-HDL			
• C-LDL			
• Indice athérogénique			
• Glycémie à jeun			
• HbA1c (si Dx de diabète)			



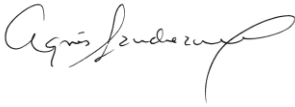
#### AUX ANNÉES

• Poids			kg
• Tour de taille			cm
• TA			mmHg
• Pouls			batt / min
• Cholestérol total			
• Triglycérides			
• C-HDL			
• C-LDL			
• Indice athérogénique			
• AST / ALT			
• Glycémie à jeun			
• HbA1c (si Dx de diabète)			
• Prolactine			

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES	DATE	SIGNATURE	EXAMENS COMPLÉMENTAIRES	DATE	SIGNATURE

- Ce protocole n'exclut pas les précautions et contre-indications requises par les monographies.
- Examens complémentaires : Tout autre examen prescrit en lien avec le protocole.

**PROCESSUS D'ÉLABORATION ET D'ADOPTION**

	_____
Directeur des services professionnels et hospitaliers	2010-03-12 Date
	_____
Président du CMDP	2010-03-11
Médecin, chef du département des programmes communautaires	_____
_____	Date
Médecin, chef du département de gériatrie	_____
_____	Date
Médecin, chef du département de médecine familiale	_____
_____	Date
Chef du département de pharmacie	_____
_____	Date
	_____
Directrice des soins infirmiers	2010-03-12 Date
Adopté par le CMDP le	2010-03-11
Date de mise en vigueur	2010-03-11
Dates de révision	2012-03-14