

ORDONNANCE COLLECTIVE	Code : GMF-OC-ORL-02 Date d'émission originale : 2025-02-11 Date de dernière révision : _____ Date de prochaine révision prévue : 2028-02-11	
	Référence à un protocole OUI ☒ NON ☐ <i>GMF-PRO-ORL-02-Initier des mesures thérapeutiques lors d'une épistaxis active</i>	
Objet : Initier des mesures thérapeutiques lors d'une épistaxis active		
	Version antérieure	Version actuelle
Recommandé par Les médecins et les IPS du GMF		
Adoptée par Les médecins et les IPS du GMF		

PROFESSIONNEL(S) AUTORISÉ(S)

Les infirmières exerçant dans le groupe de médecine familiale (GMF) qui possèdent la compétence professionnelle requise, c'est-à-dire les connaissances scientifiques, les habilités et le jugement clinique inhérent à l'activité exercée.

SECTEUR D'ACTIVITÉ VISÉ

GMF _____

SITUATION CLINIQUE OU CLIENTÈLE

Usager âgé de plus de 2 ans qui présente une épistaxis active.

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique
- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance
- Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance

INDICATIONS

Usager présentant une épistaxis active.

INTENTION OU CIBLE THÉRAPEUTIQUE

Cesser l'épistaxis.

CONTRE-INDICATIONS

Contre-indications à la compression nasale mécanique et au traitement médicamenteux :

- Instabilité hémodynamique
- Détresse respiratoire
- Cautérisation ou chirurgie nasale dans les six dernières semaines
- Suspicion d'un corps étranger intranasal
- Traumatisme nasal de novo ou dans les trois derniers mois

Contre-indications au traitement médicamenteux (ne contre-indique pas la compression nasale mécanique seule) :

- Hypersensibilité ou allergie connue ou suspectée aux médicaments suivants :
 - Xylométazoline ou oxymétazoline et autres dérivés

- Grossesse confirmée.

PROTOCOLE MÉDICAL OU RÉFÉRENCE À UN PROTOCOLE MÉDICAL EXTERNE

Se référer au protocole médical *GMF-PRO-ORL-02-Initier des mesures thérapeutiques lors d'une épistaxis active*.

LIMITES OU SITUATIONS EXIGEANT UNE CONSULTATION MÉDICALE OBLIGATOIRE

- S'il y a présence de saignement abondant pouvant conduire à une instabilité hémodynamique ou un risque d'obstruction des voies aériennes malgré la compression nasale
- S'il y a présence d'antiplaquettaire ou d'anticoagulant dans la médication de l'utilisateur
- Si l'épistaxis persiste malgré la compression nasale et le traitement médicamenteux
- S'il y a atteinte des signes vitaux ou perturbation de la perméabilité des voies respiratoires
- Si diagnostic d'arythmie ou d'hypertension chez l'utilisateur et que la dose initiale est non efficace

COMMUNICATION AVEC LE PRESCRITEUR OU AUTRES PROFESSIONNELS

L'utilisateur doit faire l'objet d'une évaluation médicale sans délai selon l'évolution de sa condition clinique et le jugement clinique de l'infirmière.

Le médecin traitant ou l'IPS doit être avisé :

- Si le saignement persiste ou reprend dans un intervalle de 2 heures
- Si un traitement doit être répété dans un délai de 24 heures

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL PRESCRIPTEUR

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL RÉPONDANT

PROFESSIONNELS CONSULTÉS

Marie-Josée Demers, conseillère cadre en soins infirmiers, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Madeleine Hardy, pharmacienne, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Dr Julie Laflamme, pédiatre

Dr Sébastien Lord, urgentologue

Jessika Vachon, conseillère cadre en soins infirmiers, CIUSSS de la Capitale-Nationale

OUTILS DE RÉFÉRENCE ET SOURCES

CHU de Québec. (2019). Ordonnance collective Initier des mesures thérapeutiques (compression nasale mécanique ou de xylométazoline) lors d'une épistaxis active (OC-PHAR-330).

CIUSSS de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (2021). Ordonnance collective Urgence-Épistaxis (OC-ER014).

CSSS de Portneuf. (2014). Protocole de soins épistaxis.

Lexi-drugs. Xylometazoline. Consulté à l'adresse bibl.ulaval.ca.

Urgence CHU Ste-Justine (2016). Épistaxis. Consulté le 5 juin 2024 à l'adresse :

<https://www.urgencehsj.ca/protocoles/epistaxis/>

APPROBATION MÉDICALE POUR L'ORDONNANCE COLLECTIVE « GMF-OC-ORL-02 »				
NOM, PRÉNOM	NO PERMIS	SIGNATURE	DATE	TÉLÉPHONE