

## ORDONNANCE COLLECTIVE NATIONALE

**Nom de l'ordonnance collective :**

Ajustement des hypolipémiants et analyses de laboratoire pour le suivi de la dyslipidémie.

**Validée par :**

Version originale (octobre 2013) : comité d'experts ministériel sur les ordonnances collectives.

Version révisée (septembre 2016) : comité d'experts de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

**Date d'entrée en vigueur :**

INESSS : septembre 2016

Établissement, CISSS, CIUSSS : CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Incluant un protocole médical :**

Oui  Non

Ajustement des hypolipémiants et analyses de laboratoire pour le suivi de la dyslipidémie.

**Approuvée par :**

Président du CMDP du CIUSSS de la Capitale- Nationale

**Date de révision :**

Mars 2019

**Date de péremption :**

Septembre 2019

### PROFESSIONNELS HABILITÉS

- Les infirmiers<sup>1</sup> exerçant leur profession sur le territoire du Québec.
- Les pharmaciens<sup>1</sup> exerçant leur profession sur le territoire du Québec.
- Ayant reçu la formation en dyslipidémie et le mentorat.

### SECTEURS D'ACTIVITÉ VISÉS

GMF et GMF-U du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

### CLIENTÈLE, CATÉGORIES DE CLIENTÈLES OU SITUATION CLINIQUE VISÉES

Personne ayant reçu un diagnostic de dyslipidémie et référée par le médecin traitant pour suivi conjoint avec le professionnel habilité.

### ACTIVITÉS RÉSERVÉES

Professionnels habilités - infirmiers :

- 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.

<sup>1</sup> Le masculin est utilisé sans préjudice et seulement pour faciliter la lecture.

Professionnels habilités - pharmaciens :

- Initier ou ajuster, selon une ordonnance, la thérapie médicamenteuse en recourant, le cas échéant, aux analyses de laboratoire appropriées.

## INDICATIONS

---

Le médecin traitant doit, au préalable :

- Avoir posé le diagnostic;
- Avoir fixé la cible thérapeutique visée;
- Avoir initialement prescrit l'hypolipémiant;
- Avoir rempli le formulaire d'adhésion et l'avoir transmis au professionnel habilité.

## INTENTION THÉRAPEUTIQUE

---

Atteindre la cible lipidique identifiée par le médecin traitant.

## CONTRE-INDICATIONS

---

- Personne âgée de moins de 18 ans.
- Grossesse ou allaitement.
- Insuffisance rénale chronique avec un débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe) inférieur à 20 ml/minute/1,73 m<sup>2</sup>.
- Insuffisance hépatique grave.

## LIMITES / ORIENTATION VERS LE MÉDECIN

---

- Apparition d'une contre-indication en cours de traitement : cesser le traitement pharmacologique et diriger la personne vers le médecin.
- Les personnes dont la cible lipidique n'est pas atteinte (écart de plus de 10 %) après 6 mois de suivi.
- Les personnes dont la cible lipidique n'est pas atteinte (écart de plus de 10 %) avec la dose maximale inscrite au protocole médical ou prescrite par le médecin ou la dose maximale tolérée.
- Résultat d'analyse de laboratoire en dehors de l'écart des valeurs normales :
  - Enzymes musculaires : créatine kinase (CK) supérieure ou égale à 10 fois la limite supérieure normale (LSN) ou deux valeurs consécutives entre 3 et 10 fois la LSN.
- Intolérance à la médication. Dans les cas de myopathie, diriger la personne vers le médecin selon les modalités spécifiées à l'algorithme décisionnel du protocole médical.

## DIRECTIVES

---

Procéder à l'ajustement de l'hypolipémiant et demander les analyses de laboratoire selon le protocole médical élaboré par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

La posologie initiale et la dose maximale sont déterminées par le médecin traitant. Dans le cas où le médecin traitant ne précise pas la dose maximale, suivre les modalités de titration indiquées au protocole médical.

Inscrire le régime posologique au dossier de la personne.

Fournir à la personne l'information nécessaire sur le changement effectué.

Transmettre l'information au pharmacien communautaire, qu'il y ait ou non un ajustement de l'hypolipémiant, en utilisant le formulaire de liaison.

Lors des suivis, évaluer l'adhésion aux saines habitudes de vie et au traitement pharmacologique.

Évaluer la présence d'effets indésirables potentiellement associés aux statines. Si myopathie (p. ex. douleur, sensibilité, crampes, faiblesse musculaires), suivre l'algorithme décisionnel du protocole médical.

## MÉDECIN RÉPONDANT

---

En cas de problèmes ou pour toutes autres questions, contacter le médecin ayant rédigé le formulaire d'adhésion. Dans une clinique médicale ou un groupe de médecine de famille (GMF), le médecin répondant est le médecin traitant ou, en l'absence de celui-ci, un des médecins signataires de l'ordonnance collective ou le médecin assigné aux consultations sans rendez-vous. En établissement, le médecin répondant est le médecin traitant ou, en l'absence de celui-ci, le médecin présent au service ou le médecin de garde assigné.

## PROCESSUS D'ÉLABORATION

---

Comité d'experts de l'INESSS (2016) :

- M<sup>me</sup> Mélanie Boivin, conseillère cadre en soins spécialisés
- D<sup>r</sup> Robert Dufour, médecin de famille
- M. Fabien Ferguson, conseiller en soins infirmiers
- D<sup>r</sup> Jean C. Grégoire, cardiologue
- M. Simon Lessard, pharmacien
- M<sup>me</sup> Audrey Vachon, pharmacienne

## PROCESSUS D'APPROBATION

En établissement : l'ordonnance collective doit être approuvée par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et porter la signature du président.

L'ordonnance collective est validée par la directrice des soins infirmiers de l'établissement.

En GMF hors établissement ou cabinets médicaux : l'ordonnance collective est approuvée par les médecins prescripteurs et comporte le nom, le numéro de permis, la signature et le numéro de téléphone de chaque médecin signataire.

## APPROBATION DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE PAR LE CMDP DE L'ÉTABLISSEMENT, DU CISS OU CIUSSS

Président du CMDP :

Nom : Bouchard

Prénom : Dr Jacques

Signature : 

Date : 2017-01-11

OU

## APPROBATION DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE PAR LES MÉDECINS SIGNATAIRES

Nom et prénom	N° de permis	Signature	Téléphone	Télécopieur
			-	-
			-	-
			-	-
			-	-
			-	-
			-	-
			-	-
			-	-
			-	-
			-	-
			-	-
			-	-
			-	-
			-	-
			-	-
			-	-
			-	-
			-	-
			-	-
			-	-
			-	-