

| | |
|---|-------------|
| Ordonnance collective Programmes concernés : Services communautaires de langue anglaise (SCLA) Famille-enfance-jeunesse Professionnel habilité à exécuter l'ordonnance du secteur visé Ibuprofène - Dysménorrhée | |
| OC 2011-04-28-020 | Page 1 de 6 |

PROFESSIONNELS HABILITÉS * À EXÉCUTER L'ORDONNANCE

- Les infirmières du JHSB qui possèdent la formation pertinente, les connaissances et les compétences nécessaires à l'application de l'ordonnance collective.

* Le personnel d'agence s'assure de posséder les connaissances, la formation et les compétences nécessaires avant de prendre une décision reliée à cette ordonnance.

ACTIVITÉS RÉSERVÉES

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
- Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.

RÉFÉRENCE À UN PROTOCOLE ET FORMULAIRE Oui Non

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

- Usagers des programmes Famille Enfance Jeunesse.

INDICATIONS ET CONDITIONS D'INITIATION

- Dysménorrhée.
- Dysménorrhée - autorisation parentale pour les moins de 14 ans.

INTENTION THÉRAPEUTIQUE

- Soulagement des douleurs prémenstruelles et menstruelles.

CONTRE-INDICATIONS

- Allergie à l'acide acétylsalicylique (AAS) ou aux anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS)
- Bronchospasme déclenché par la prise d'AINS ou AAS (angio-œdème ou spasme laryngé)
- Maladie inflammatoire de l'intestin (Crohn ou colite ulcéreuse)
- Problèmes digestifs (brûlures d'estomac, difficulté à digérer, antécédent d'ulcère gastro-intestinal avec ou sans saignement)
- Troubles de la coagulation
- Prise de médicaments anticoagulants
- Grossesse
- Varicelle active
- HTA non contrôlée
- Maladie rénale

| | |
|---|-------------|
| Ordonnance collective Programmes concernés : Services communautaires de langue anglaise (SCLA) Famille-enfance-jeunesse Professionnel habilité à exécuter l'ordonnance du secteur visé Ibuprofène - Dysménorrhée | |
| OC 2011-04-28-020 | Page 2 de 6 |

DIRECTIVES

- Compléter la collecte de données (Annexe I).

POSOLOGIE

- Administrer selon le tableau suivant :

| POIDS (kg) | DOSE UNITAIRE (mg) | FORMULATIONS | | |
|-----------------|-------------------------|--------------------------------------|---|--|
| | | Comprimé rég. 200 mg/co (CO) | Comprimé croquable 100 mg/co (CO) | Suspension orale : 100 mg/5 mL (mL) |
| 20-29 | 200 | 1 | 2 | 10 |
| 30-39 | 300 | 1 | 2 | 15 |
| 40 et plus | 400 | 2 | 4 | 20 |

- Faire prendre la médication en mangeant ou avec un verre de lait, autant que possible.

Dose-cible : 7,5 mg/kg
 Intervalle minimal entre 2 doses : 6 heures
 Maximum : 4 doses par période de 24 heures

LIMITES / RÉFÉRENCE MÉDICALE

- Référer au médecin traitant si l'utilisateur présente les symptômes suivants :
 - Pertes vaginales anormales
 - Présentation inhabituelle ou atypique de la douleur (localisation, intensité, caractère, durée)
- Si prise d'AAS ou AINS dans les 3 dernières heures (et jusqu'à 24 heures si prise d'AINS à longue action), demander l'avis le médecin traitant.
- Si fièvre, avec dysménorrhée référer au médecin traitant

EFFETS INDÉSIRABLES

Nausées
 Étourdissements
 Céphalée
 Dyspepsie

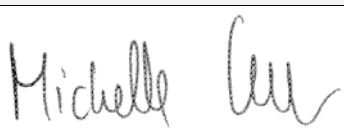


| | |
|---|-------------|
| Ordonnance collective Programmes concernés : Services communautaires de langue anglaise (SCLA) Famille-enfance-jeunesse Professionnel habilité à exécuter l'ordonnance du secteur visé Ibuprofène - Dysménorrhée | |
| OC 2011-04-28-020 | Page 3 de 6 |

NOTER AU DOSSIER DE L'USAGER

- L'indication du médicament
- La date de naissance ou l'âge de l'utilisateur
- Le poids de l'utilisateur chez les moins de 40 kg
- La dose du médicament administrée
- La date et l'heure de l'administration.
- L'autorisation parentale chez les moins de 14 ans.

Ordonnance collective
Programmes concernés :
Services communautaires de langue anglaise (SCLA)
Famille-enfance-jeunesse
Professionnel habilité à exécuter l'ordonnance du secteur visé
Ibuprofène - Dysménorrhée

| | |
|--------------------------|-------------|
| OC 2011-04-28-020 | Page 4 de 6 |
|--------------------------|-------------|

| PROCESSUS D'ÉLABORATION ET D'ADOPTION | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
|  | | <u>2011-04-28</u> Année/Mois/Jour | |
| Michelle Carrier Chef du département de pharmacie SB | | | |
|  | | <u>2011-04-28</u> Année/Mois/Jour | |
| Catherine Nadeau Chef du département de pharmacie JH | | | |
|  | | <u>2011-04-28</u> Année/Mois/Jour | |
| Jennifer H. Robert Directrice des soins infirmiers et de la qualité | | | |
| Adopté par le CMDP : | <u>2011-04-28</u> Année/Mois/Jour | | |
| Date de mise en vigueur : | <u>2011-04-28</u> Année/Mois/Jour | | |
| Dates de révision : | <u>2010-11-24</u> Année/Mois/Jour | <u>2010-12-03</u> Année/Mois/Jour | <u>2014-04-28</u> Année/Mois/Jour |

ANNEXE I

**COLLECTE DE DONNÉES POUR
DYSMÉNORRHÉE**

NO DOSSIER: _____

NOM ET PRÉNOM : _____

DDN: _____

| HISTOIRE | CONTRE-INDICATIONS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-----|-----|-----------------------------------|---|--|---|---|---|---|---|--|---|----------------------------|---|-------------------------------------|---|-----------|---|------------------|---|-------------------|---|--------|---|----------------|---|
| <p>Ménarche : _____</p> <p>G : _____ P : _____ A : _____</p> <p>Date des dernières menstruations : _____</p> <p>Longueur du cycle : _____</p> <p>Quantité : _____</p> <p>Saignement intermenstruel : _____</p> <p>Saignement post-coïtal : _____</p> <p>Moment actuel du cycle : _____</p> <p>Actif sexuellement oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Dysménorrhée : <input type="checkbox"/> 1^{er} épisode <input type="checkbox"/> à l'occasion <input type="checkbox"/> habituelle</p> <p>Douleur dysménorrhée (dans l'épisode actuel) <input type="checkbox"/> identique <input type="checkbox"/> différente</p> | <table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Non</th> <th style="text-align: right;">Oui</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dernière dose depuis moins de 3 h</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Allergie à l'acide acétylsalicylique (AAS) ou aux anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS)</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bronchospasme déclenché par la prise d'AINS ou AAS (angio-cedème ou spasme laryngé)</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Maladie inflammatoire de l'intestin (Crohn ou colite ulcéreuse)</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Problèmes digestifs (brûlures d'estomac, difficulté à avec ou sans saignement)</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Troubles de la coagulation</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Prise de médicaments anticoagulants</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Grossesse</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Varicelle active</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HTA non contrôlée</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Fièvre</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Maladie rénale</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | Non | Oui | Dernière dose depuis moins de 3 h | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Allergie à l'acide acétylsalicylique (AAS) ou aux anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Bronchospasme déclenché par la prise d'AINS ou AAS (angio-cedème ou spasme laryngé) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Maladie inflammatoire de l'intestin (Crohn ou colite ulcéreuse) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Problèmes digestifs (brûlures d'estomac, difficulté à avec ou sans saignement) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Troubles de la coagulation | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Prise de médicaments anticoagulants | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Grossesse | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Varicelle active | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | HTA non contrôlée | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Fièvre | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Maladie rénale | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Non | Oui | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dernière dose depuis moins de 3 h | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Allergie à l'acide acétylsalicylique (AAS) ou aux anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bronchospasme déclenché par la prise d'AINS ou AAS (angio-cedème ou spasme laryngé) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Maladie inflammatoire de l'intestin (Crohn ou colite ulcéreuse) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Problèmes digestifs (brûlures d'estomac, difficulté à avec ou sans saignement) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Troubles de la coagulation | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prise de médicaments anticoagulants | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Grossesse | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Varicelle active | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HTA non contrôlée | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fièvre | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Maladie rénale | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MÉDICATION | SI LA CLIENTE A MOINS DE 14 ANS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Médication déjà prise pour dysménorrhée</p> <p><input type="checkbox"/> Oui Nom du médicament : _____ Résultats : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Prise de médication pour l'épisode actuel</p> <p><input type="checkbox"/> Oui Nom du médicament : _____ Résultats : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> | <p><input type="checkbox"/> J'ai contacté les parents _____</p> <p style="text-align: center;">Nom du parent contacté</p> <p><input type="checkbox"/> Avons reçu l'autorisation pour donner 1 dose AINS</p> <p><input type="checkbox"/> Ont refusé l'autorisation pour donner 1 dose AINS</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ANNEXE I

**COLLECTE DE DONNÉES POUR
DYSMÉNORRHÉE**

NO DOSSIER: _____

NOM ET PRÉNOM : _____

DDN: _____

| RENSEIGNEMENT À LA CLIENTE | INTERVENTION |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Information dysménorrhée <input type="checkbox"/> Prendre l'AINS avec verre de lait, collation ou repas, si possible. Sinon, prendre avec beaucoup de liquide <input type="checkbox"/> Éviter l'alcool <input type="checkbox"/> Effet attendu dans 30 minutes environ <input type="checkbox"/> Effets indésirables possibles : brûlures d'estomac, nausées, dyspepsie, éruptions cutanées, allergie <input type="checkbox"/> Consulter un médecin si douleur non soulagée, si récurrence aux cycles suivants, si suspicion d'allergie. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Reçoit une dose d'AINS Ibuprofène 200 mg <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 co. si 20-39 kg <input type="checkbox"/> 2 co. si 40 kg et plus <input type="checkbox"/> Si douleur différente ou saignement inhabituel, administrer une dose d'AINS et référer au médecin dans les meilleurs délais. |

Heure : _____

Date : _____

Signature de l'infirmière : _____