

## I. CLIENTÈLE VISÉE

Patients hospitalisés sur les unités de médecine et à l'urgence

## II. PROFESSIONNELS AUTORISÉS

Le personnel infirmier des unités de médecine et de l'urgence

## III. INDICATIONS

Ces ordonnances collectives peuvent être appliquées par les infirmières, lors des situations cliniques décrites dans la section suivante.

## IV. PROTOCOLE MÉDICAL

Lorsque l'une de ces ordonnances collectives est appliquée, l'infirmière inscrit sur la **feuille d'ordonnance individuelle** du patient : la **date**, l'**heure**, le **nom** et la **dose du médicament administré**, en plus de compléter la feuille d'administration des médicaments (FADM).

### Accès veineux difficile

- Installer un cathéter intraveineux en circuit fermé et irriguer avec 3 mL de NaCl 0,9 % q 8 h (OC 1.26 - Maintien de la perméabilité des cathéters intraveineux) lorsqu'un accès veineux est requis.

### Patient instable (arythmie, hypotension symptomatique, dyspnée, etc.)

- Installer O<sub>2</sub> par canule nasale à 5 L/min
- Aviser le médecin

### Douleur rétro-sternale (DRS)

- Faire ECG
- Nitroglycérine pulvérisateur 0,4 mg si TA systolique > 100 mmHg et pouls < 150 battements/min q 5 min PRN pour un maximum de 3 doses
- Aviser le médecin si douleur persiste ou si changement à l'ECG

### Douleur

- Acétaminophène (*Tyléno<sup>MD</sup>*) 650 mg PO ou IR q 4 h PRN, ou 975 mg PO q 6 h PRN (maximum 4 g/24 h)

### Hyperthermie ≥ 38,5 °C centrale ou rectale

- Aviser le médecin (un bilan septique sera considéré)
- Acétaminophène (*Tyléno<sup>MD</sup>*) 650 mg PO ou IR q 4 h PRN, ou 975 mg PO q 6 h PRN (maximum 4 g/24 h)

### Brûlure épigastrique mineure

- Hydroxyde d'aluminium et de magnésium (*Maalox<sup>MD</sup> suspension ou équivalent*) 30 mL PO, à répéter X 1 dose après 30 min PRN
- Aviser le médecin si non soulagé après 2 doses

### Nausées ou vomissements

- Ondansetron (*Zofran<sup>MD</sup>*) 4 mg IV q 8 h PRN X 2 doses
- Si aucun accès veineux : dimenhhydrinate (*Gravol<sup>MD</sup>*) 50 mg PO ou 100 mg IR q 6 h PRN X 2 doses

### Prévention de la constipation

- Suivre l'OC 1.65 – Prévention et traitement de la constipation

### Hypokaliémie

- **Pour les patients sous hémodialyse** : une ordonnance individuelle est nécessaire pour faire la correction du K<sup>+</sup>
- Si K<sup>+</sup> ≤ 3,5 mmol/L
  - Chlorure de potassium (KCl) 10 % 40 mEq (30 mL) PO ou K-Dur 40 mEq PO
  - Faire contrôle du K<sup>+</sup> le lendemain matin sauf pour patient ayant arythmie : faire contrôle 4 h post dose
- Si K<sup>+</sup> ≤ 3,0 mmol/L
  - Aviser le médecin **STAT**
  - Faire ECG si non fait dans les dernières 8 h

### Hyperkaliémie

---

- Si  $K^+ \geq 5,5$  mmol/L
  - Suspendre tout soluté contenant du  $K^+$  et supplément de  $K^+$  PO
  - Aviser le médecin
  - Faire contrôle du  $K^+$  après 4 à 6 h
- Si  $K^+ \geq 6,5$  mmol/L
  - Suspendre tout soluté contenant du  $K^+$  et supplément de  $K^+$  PO
  - Aviser le médecin STAT
  - Faire ECG si non fait dans les dernières 8 h

### Insomnie

---

#### Avant d'administrer tout médicament ci-dessous :

- Évaluer les habitudes de sommeil à la maison (rituel, médication, etc.) particulièrement pour les patients âgés, car ces médicaments peuvent entraîner de l'agitation ou de la confusion

#### En première intention pour insomnie :

- Mélatonine 6 mg (2 co de 3 mg) PO
- Si insomnie persistante 2 heures après administration de la mélatonine
  - **Oxazépam (Sérox<sup>MD</sup>) 7,5 mg ou 15 mg\* PO, peut être répété après 2 h X 1 dose PRN**
- OU
  - **Lorazépam (Ativan<sup>MD</sup>) 0,5 mg ou 1 mg\* PO ou SL, peut être répété après 1 h X 1 dose PRN**
- \*Favoriser la dose minimale pour les patients âgés ou ne prenant pas de benzodiazépine
- Au matin, aviser le médecin pour obtenir une ordonnance individuelle
- Si apnée du sommeil : ordonnance individuelle requise pour administrer ces médicaments

### Anxiété

---

- **Oxazépam (Sérox<sup>MD</sup>) 7,5 mg ou 15 mg\* PO X 1 dose**
- OU
- **Lorazépam (Ativan<sup>MD</sup>) 0,5 mg ou 1 mg\* PO ou SL X 1 dose**
- \*Favoriser la dose minimale pour les patients âgés ou ne prenant pas de benzodiazépine
- \*Maximum 2 doses (incluant anxiété et insomnie)

### Toux sèche répétitive

---

- **Dextrométhorphan (DM 15 mg/5 mL) 30 mg (10 mL) q 6 h PO PRN X 3 doses**
- Évaluer l'état respiratoire du patient et aviser le médecin si détérioration ou changement de la condition du patient (dyspnée, bronchospasme, tirage, etc.)

### Abrasion causée par électrodes

---

- *Polysporin<sup>MD</sup>* ou crème équivalente sur abrasion TID PRN

### Transfert inter-établissement

---

- Faire un ECG à l'arrivée du patient

### Installation d'une sonde urinaire (Utilisation de Lidocaïne 2 % en gelée topique)

---

- Appliquer l'OC 1.25 - Utilisation de la lidocaïne 2 % en gelée topique (*Urogele<sup>MD</sup>*, *Instillage<sup>MD</sup>*, ou *Jelido<sup>MD</sup>*) lors de l'installation d'un cathéter urinaire ou d'une sonde vésicale chez l'homme.

### Écoulement de plaie

---

- Faire culture de la plaie si signes cliniques laissant suspecter une infection des tissus selon la technique de soins 9.3 - Culture de plaie et l'OC 1.32 - Culture de plaie par écouvillonnage en présence de signes et symptômes d'infection ou de colonisation
- Compléter le formulaire de suivi « Soins des plaies »

### Traitement de l'hypoglycémie

---

- Suivre l'OC 1.34 – Glycémie de contrôle post résultat critique ou douteux et correction de l'hypoglycémie

**V. CONTRE-INDICATIONS**

Aucune contre-indication

**VI. PÉRIODE DE VALIDITÉ**

- Date d'entrée en vigueur : 2024-07-03
- Fin de la période de validité : 2027-07-03

**VII. MÉDECIN RÉPONDANT**

| Élaboration et validation de la version actuelle par le(s) médecin(s) suivant(s) :    |            |   |                        |                            |
|---|------------|---|------------------------|----------------------------|
| Nom   | Prénom     | N° de permis  | Signature              | Téléphone                  |
| Simard  | François   | 18630   | <i>Francois Simard</i> | 514-376-3330<br>poste 5091 |
| Validation de la version actuelle par le(s) responsable(s) de la qualité des soins :  |            |   |                        |                            |
| Nom   | Prénom     | Titre   | Signature              | Téléphone                  |
| Merisier  | Sophia     | Cheffe de service<br>Volet pratique<br>infirmière avancée | <i>Sophia Merisier</i> | 514 264-1991               |
| Validation de la version actuelle par le(s) pharmacien(s) :                           |            |   |                        |                            |
| Nom   | Prénom     | N° de permis  | Signature              | Téléphone                  |
| Lacroix   | Martine    | 205128  | <i>M. Lacroix</i>      | 3510                       |
| Approbation de la version actuelle par le représentant du CMDP de l'ICM le 2024-06-05 |            |   |                        |                            |
| Nom   | Prénom     | Signature   |                        |                            |
| ENTRÉE EN VIGUEUR :   | 2024-07-03 | DERNIÈRE RÉVISION :                                       | 2024-06-05             |                            |