

**1** Est-ce que la situation répond aux indications et conditions de l'OC visée ?

NON? >>>

Si oui, passer à l'étape 2

OUI  NON

Usager diagnostiqué pour une constipation chronique - Prise de médicaments qui peuvent causer de la constipation - Élimination difficile des selles

**2** Est-ce que l'usager présente l'un des facteurs d'exclusions suivants ?

OUI? >>>

Si non, passer à l'étape 3

OUI  NON

Vérifier les monographies des médicaments visés par l'OC - Usager < 18 ans - Chirurgie récente (abdominale, rectale ou génito-urinaire) < 4 semaines

**3** Existe-t-il des signaux d'alarmes empêchant d'initier le traitement recommandé et qui exigent que l'usager soit référé à un MD dans les plus brefs délais ?

OUI? >>>

Si non, passer à l'étape 4

OUI  NON

Douleur abdominale importante et/ou vomissements - Saignements gastro-intestinaux - Suspicion de fécalome

**4** Existe-t-il des conditions permettant d'initier le traitement recommandé, mais qui exigent que l'usager soit référé à un MD?

OUI? >>>

Passer à l'étape 5

OUI  NON

**Référer à un MD dans les plus brefs délais :** l'état général se détériore, apparition des signaux d'alarme en cours de traitement, changement soudain des habitudes de défécation > 50 ans, changement dans la forme des selles, perte de poids - **Référer à un MD de façon non urgente :** constipation qui persiste malgré un traitement de 7 jours consécutifs

**5** Existe-t-il des variables cliniques (âge, habitudes de vie, allergies, intolérances, effets indésirables, conditions particulières, etc.) à considérer avant d'initier le traitement recommandé ?

Passer à l'étape 6

OUI  NON

Précautions selon les monographies des différents médicaments visés par l'OC - Analyser le profil pharmaceutique (médicaments causant de la constipation)

**6** Initier les mesures thérapeutiques ciblées par l'OC.

Passer à l'étape 7

Inscrire le code GI28 ou GI 27 le cas échéant (identifier le médicament ou la maladie causant la constipation)

**7** Enseigner les mesures non-pharmacologiques et planifier le suivi clinique et pharmaceutique si nécessaire.

Suivi dans 48-72 heures si nécessaire pour ajuster la thérapie

**RÉFÉREZ  
AU MÉDECIN**

# ORDONNANCE INDIVIDUELLE

# Constipation

Coordonnées du patient :

  

Étiquette adresse patient

Suite à mon évaluation suivante :

- La nature des symptômes ou la condition pour laquelle je suis consulté
- L'évaluation des contre-indications spécifiques de l'ordonnance collective
- Les paramètres personnalisés de l'utilisateur (âge, poids, fonction rénale, mode de vie, etc.)
- Les analyses de laboratoire effectuées (le cas échéant)

### Pour prévenir ou soulager l'inconfort associé à la constipation.

Je recommande, selon l'ordonnance collective, avec l'ajout du code d'exception RAMQ GI27 ou GI28 selon le cas, une thérapie pour ce patient :

- Laxatif(s) (sennoside, bisacodyl, fibres de psyllium, PEG 3350, lactulose, lavements, etc.)
- Protocole de constipation

Traitements recommandés | Utiliser le menu déroulant

Laxatifs sous forme de comprimés:

Laxatifs sous forme de poudre:

Laxatifs sous forme rectale:

Laxatifs sous forme de liquide:

Laxatifs sous forme de lavements:

Étiquette(s) d'ordonnance | Aposer les étiquettes d'ordonnances

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	--	--

VIGILANCE CLINIQUE EFFECTUÉE :

- J'ai vérifié les antécédents d'intolérances et d'allergies
- J'ai vérifié les interactions, contre-indications et les précautions associées à la médication de l'utilisateur
- J'ai ajusté la posologie selon les paramètres personnalisés de l'utilisateur
- J'ai expliqué les effets indésirables et le bon usage de la médication recommandée
- J'ai proposé (si nécessaire) un suivi de la thérapie que j'ajusterai au besoin
- J'ai alerté le patient d'éviter toute prise concomitante de médicament acheté sans ordonnance à la pharmacie sans la supervision d'un pharmacien.

AUTRES \_\_\_\_\_

COMMENTAIRES \_\_\_\_\_

Ordonnance individualisée au nom du Dr \_\_\_\_\_ (#permis : \_\_\_\_\_), par :

\_\_\_\_\_  
Nom du professionnel

\_\_\_\_\_  
(N° permis)

\_\_\_\_\_  
Date (jj/mm/aaaa)