

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 connu pour allergie(s) de type anaphylactique - Usager doit avoir une prescription antérieure d'épinéphrine IM - Usager < 14 ans ou ayant des difficultés de compréhension doit être accompagné d'un parent/tuteur responsable

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 < 10 kg

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

Aucun signal d'alarme pour cette OC

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

Aucune condition n'exige que l'usager soit référé à un MD pour cette OC

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 - Poids récemment mesuré de l'enfant (le cas échéant) - Sélectionner un dispositif auto-injecteur d'épinéphrine (idéalement le même que l'usager avait avant)

6 Initier les mesures thérapeutiques ciblées par l'OC.

Passer à l'étape 7

Recommander au moins 2 dispositifs auto-injecteur d'épinéphrine (non périmés)

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

Donner les conseils appropriés, enseigner le mode d'emploi et les conditions d'entreposage - Informer des possibles interactions médicamenteuses (le cas échéant) - Inscrire la date de péremption du produit sélectionné au dossier - Aviser l'usager de procéder au renouvellement en temps opportun

**RÉFÉREZ
AU MÉDECIN**

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'usager (âge, poids, fonction rénale, mode de vie, etc.)
- Les analyses de laboratoire effectuées (le cas échéant)

Pour prévenir les risques associés à une réaction allergique anaphylactique.

Je recommande, selon l'ordonnance collective, une thérapie pour ce patient :

- Auto-injecteur(s) d'épinéphrine (EpiPen, Allerject ou autre produit équivalent)

Traitements recommandés | **Utiliser les bandes déroulantes**

Auto-injecteur adulte:

Auto-injecteur enfant:

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

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'usager
- J'ai ajusté la posologie selon les paramètres personnalisés de l'usager
- 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)