

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 qui présente des signes locaux d'infection cutanée suite à une blessure mineure - Usager à risque d'infection cutanée suite à une blessure mineure - Usager qui présente des lésions caractéristiques de l'impétigo (limitées à 2-3 zones)

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

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

Fièvre ou altération de l'état général - Plaie chirurgicale - Plaie profonde - Plaie causée par une morsure humaine ou animale - Infection étendue de la peau adjacente (cellulite) - Multiples lésions étendues caractéristiques de l'impétigo (impétigo extensif)

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'usager développe de la fièvre, les lésions ou l'état général se détériorent, il n'y a aucune amélioration après 3 jours des traitements recommandés

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

6 Initier les mesures thérapeutiques ciblées par l'OC.

Passer à l'étape 7

Privilégier la mupirocine pour le traitement des lésions caractéristiques de l'impétigo

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

Nettoyer, rincer et assécher les lésions avant chaque application de l'antibiotique - Éviter tout contact avec les yeux - Se laver les mains régulièrement - Panser les lésions suintantes - Laver les vêtements, les serviettes et la literie pendant les 2 premiers jours du traitement des lésions caractéristiques de l'impétigo

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

Pour prévenir ou traiter une infection cutanée mineure.

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

- Antibiotique topique (bacitracine et polymyxine B, bacitracine, mupirocine, acide fusidique ou autre produit équivalent)
- Un nettoyant selon le cas (solution saline 0.9 % ou hydratant hypoallergène)

Traitements recommandés | **Utiliser les bandes déroulantes**

Antibiotique topique:

Nettoyant ou hydratant au choix:

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

<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)