

ORDONNANCE COLLECTIVE

TITRE DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE		Numéro
EFFECTUER UNE CULTURE DE GORGE PERMETTANT DE DÉPISTER UN CLIENT INFECTÉ AU STREPTOCOQUE β-HÉMOLYTIQUE DU GROUPE A.		OC-CISS-013
<u>Initier</u> Initier une mesure diagnostique : Culture de gorge permettant de dépister un client infecté au Streptocoque β -hémolytique du groupe A		
Date d'entrée en vigueur	Date d'approbation officielle	
Date de révision	Date de révision officielle (3 ans)	

Professionnels habilités à décider d'appliquer l'ordonnance collective

Infirmières cliniciennes œuvrant dans ce GMF/UMF

Clientèle(s) visée(s)

Clients âgés de 3 ans et plus, ayant été évalués par une infirmière clinicienne œuvrant dans ce GMF/UMF

Intention(s) thérapeutique(s)

- Améliorer l'accessibilité des soins de santé de première ligne
- Dépister les personnes infectées par le Streptocoque β -hémolytique du groupe A dans un but d'instaurer un traitement rapide chez ce client

Activité(s) réservée(s) du professionnel

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique
- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance
- Assurer la surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier

Condition(s) d'application ou initiation(s)

- Client présentant au moins 2 des symptômes d'une infection causée par le Streptocoque β -hémolytique du groupe A :
 - Fièvre;
 - Maux de gorge;
 - Absence de toux;
 - Sensibilité, œdème des ganglions cervicaux antérieurs;
 - Œdème des amygdales ou présence d'exsudat ou de pus.
- Client qui a été exposé à une personne testée positivement au Streptocoque β -hémolytique du groupe A
- Selon les directives de la santé publique dans un contexte d'épidémie au Streptocoque β -hémolytique du groupe A

Contre-indication(s)

- Client agité ou non collaborant

Contre-indication(s) (Suite)

- Client présentant des signes et symptômes d'une épiglottite aiguë :
 - Dyspnée inspiratoire;
 - Voix couverte et étouffée;
 - Toux sèche non productive;
 - Hypersalivation;
 - Fièvre élevée.

Directive(s) – Intervention(s) – Référence(s) aux outils cliniques

1. Évaluer la condition clinique du client par une collecte de données et un examen physique.
2. Évaluer la situation clinique et la pertinence d'initier une culture des sécrétions de la gorge.
3. Effectuer un prélèvement des sécrétions de la gorge pour faire une culture de gorge ou un strep test.
4. En présence d'une personne âgée de moins de 14 ans, obtenir le consentement aux soins du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur.
5. Assurer un suivi des résultats du prélèvement. S'il est positif, évaluer la possibilité d'initier une antibiothérapie suivant les directives de l'OC-CISSS-014 *Initier l'antibiothérapie en traitement à une infection de gorge au Streptocoque A*.
6. Aviser le médecin de tous les résultats positifs du prélèvement des sécrétions de la gorge.

Références

AQESSS

OIIQ.org

STREPTOCOQUE β -HÉMOLYTIQUE DU GROUPE A

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000374/>

OC « Demander une culture de gorge pour strep test à l'urgence », CSSS du Nord de Lanaudière

OC ORL-01-GMF du CSSS de Québec-Nord

<https://msi.expertise-sante.com/fr/methode/prelevement-des-secrections-de-la-gorge>

ORDONNANCE COLLECTIVE**Groupe de médecine familiale (GMF)
Unité de médecine familiale (UMF)**Rédigé par : Julie Munger, infirmière
Nom, TitreFévrier 2016
Date**INSTANCES CONSULTÉES**

La signature n'est pas obligatoire, une confirmation par courriel est suffisante.

IDENTIFICATION		SIGNATURE	DATE
Instance consultée :	Renée Charpentier	<input type="checkbox"/> Par courriel	Février 2016
Nom :			
Titre :			
Instance consultée :		<input type="checkbox"/> Par courriel	
Nom :			
Titre :			
Instance consultée :		<input type="checkbox"/> Par courriel	
Nom :			
Titre :			
Instance consultée :		<input type="checkbox"/> Par courriel	
Nom :			
Titre :			
Instance consultée :		<input type="checkbox"/> Par courriel	
Nom :			
Titre :			
Instance consultée :		<input type="checkbox"/> Par courriel	
Nom :			
Titre :			
Instance consultée :		<input type="checkbox"/> Par courriel	
Nom :			
Titre :			

NOM DU GMF OU UMF

L'adresse du GMF OU UMF

Ville (Qc) Code postal

Téléphone :

Télécopieur :

SIGNATURES DES MÉDECINS

Nom	# permis	Date
Titre de la personne		

Nom	# permis	Date
Titre de la personne		

Nom	# permis	Date
Titre de la personne		

Nom	# permis	Date
Titre de la personne		

Nom	# permis	Date
Titre de la personne		

Nom	# permis	Date
Titre de la personne		

Nom	# permis	Date
Titre de la personne		

Nom	# permis	Date
Titre de la personne		

Nom	# permis	Date
Titre de la personne		

Nom	# permis	Date
Titre de la personne		

SIGNATURES

Madame Rosemonde Landry
Directrice des soins infirmiers et de l'éthique clinique

Date

SI REQUIS SI UMF

Docteur Paul-André Hudon
Président du conseil exécutif des médecins, dentistes et
pharmaciens (CMDP)

Date