

Établissement :

Numéro de cette ordonnance collective :

Période de validité :

SITUATION CLINIQUE OU CLIENTÈLE

Femme symptomatique de 14 ans et plus :

- ▶ Femme active sexuellement, présentant des pertes vaginales inhabituelles avec ou sans microrragies prémenstruelles, post menstruelles ou saignements post coïtaux.

Partenaire sexuel asymptomatique (homme ou femme)¹ de 14 ans et plus:

- ▶ Personne asymptomatique identifiée comme partenaire sexuel d'une femme ayant une vaginite à *Trichomonas vaginalis* objectivée par un test en laboratoire.

PROFESSIONNELS OU PERSONNES HABILITÉS VISÉS PAR CETTE ORDONNANCE²

! Les milieux qui souhaitent rédiger des ordonnances collectives sur l'initiation des mesures diagnostiques et d'un traitement pharmacologique chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles à partir de ce modèle **doivent spécifier dans cette section le(s) professionnel(s) ou le(s) groupe(s) de professionnels** qui pourra(ont) exécuter cette ordonnance. La directive en italique (!) doit ensuite être retirée de la version qui sera rendue disponible.

CONTRE-INDICATIONS À L'APPLICATION DE CETTE ORDONNANCE

Mêmes contre-indications que celles spécifiées pour l'application du protocole médical national, soit :

- ▶ Moins de 14 ans
- ▶ Grossesse, allaitement
- ▶ Immunosuppression³
- ▶ Présence de saignements utérins anormaux, si :
 - Ménopause
 - Persistance des saignements depuis 6 mois ou plus
 - Antécédent d'un cancer gynécologique
- ▶ Présence d'une contre-indication à l'usage du médicament recommandé et aucun traitement alternatif approprié
- ▶ Quatre épisodes ou plus de vaginose bactérienne dans les 12 derniers mois (à la suite d'une évaluation par un médecin ou une infirmière)
- ▶ Quatre épisodes ou plus de candidose vulvovaginale dans les 12 derniers mois (à la suite d'une évaluation par un médecin ou une infirmière)

PROTOCOLE MÉDICAL NATIONAL

Se référer au protocole médical national N°628001 de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux en vigueur sur le site web au moment de l'application de cette ordonnance.

¹ Pour les personnes asymptomatiques identifiées comme partenaire sexuel d'une femme ayant reçu un traitement pharmacologique pour un syndrome compatible avec une cervicite, se référer au Protocole national pour le traitement d'une infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* chez une personne asymptomatique.

² Le professionnel ou la personne habilitée doit s'assurer d'avoir les compétences nécessaires afin d'exécuter cette ordonnance (p. ex. : formation)

³ Exemples de causes possibles d'immunosuppression (voir l'Annexe V du [Guide québécois de dépistage des ITSS](#)) : déficience immunitaire congénitale, leucémie, lymphome, myélome multiple, cancer non hématologique, déficit immunitaire acquis (tel que lors de l'infection par le VIH), hémodialyse, usage d'agents immunosuppresseurs.

LIMITES OU SITUATIONS POUR LESQUELLES UNE CONSULTATION AVEC UN PRESCRIPTEUR AUTORISÉ EST OBLIGATOIRE

Au moment de l'évaluation :

- ▶ Test de grossesse urinaire positif
- ▶ Symptômes d'une infection compliquée : douleur abdominale basse, dyspareunie profonde, atteinte d'une articulation ou altération de l'état général avec fièvre (diriger rapidement vers le médecin)
- ▶ Lésions anogénitales verruqueuses de novo compatibles avec des condylomes
- ▶ Lésions anogénitales ulcéreuses, vésiculeuses, érosives ou pustuleuses
- ▶ À l'examen bimanuel : sensibilité abdominale basse, à une ou aux deux annexes ou à la mobilisation du col utérin, masses ou autres anomalies structurelles (diriger rapidement vers le médecin)
- ▶ Signes ou symptômes à d'autres sites exposés

Le tableau ci-dessous résume les prélèvements à effectuer (prélèvements pré-référence) avant de diriger la femme qui présente une ou plusieurs situations exigeant une consultation médicale obligatoire au moment de l'évaluation vers le médecin répondant en fonction de la présence de certaines conditions.

CONDITIONS (PLUS D'UNE CONDITION PEUT S'APPLIQUER)	PRÉLÈVEMENTS À EFFECTUER AVANT DE DIRIGER LA FEMME VERS LE MÉDECIN RÉPONDANT
Douleur abdominale basse	Test de grossesse urinaire
Facteurs de risque d'une infection à <i>C. trachomatis</i> ou à <i>N. gonorrhoeae</i> et pertes vaginales inhabituelles	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Prélèvement vaginal (auto-prélèvement ou prélèvement par le clinicien) ou endocervical pour la recherche de <i>C. trachomatis</i> et <i>N. gonorrhoeae</i> par TAAN⁴, et ▶ Prélèvement endocervical pour une culture de <i>N. gonorrhoeae</i> (si un examen au spéculum est réalisé avant de diriger la personne)
Facteurs de risque d'une infection à <i>C. trachomatis</i> ou à <i>N. gonorrhoeae</i> et présence de signes ou symptômes d'infection pharyngée ou rectale	Prélèvement pharyngé ou rectal (selon la localisation des symptômes) pour la recherche de <i>C. trachomatis</i> et <i>N. gonorrhoeae</i> par TAAN et prélèvement pour une culture de <i>N. gonorrhoeae</i>
Facteurs de risque d'une infection à <i>C. trachomatis</i> ou à <i>N. gonorrhoeae</i> et exposition pharyngée ou rectale, sans signe ou symptôme à ces sites	Consulter l'outil Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques (dépistage)
Ulcération anogénitale ⁵	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Prélèvement en vue d'une analyse d'identification virale du virus herpès simplex (VHS)⁶, et ▶ Sérologie pour la syphilis

Pendant ou après le traitement :

- ▶ Intolérance à la médication
- ▶ Persistance des symptômes 48 à 72 heures après la fin du traitement

Résultats d'analyses microbiologiques :

- ▶ Résultat d'analyse positif au dépistage des ITSS autres que *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*
- ▶ Résultat d'analyse négatif à l'infection suspectée pour laquelle un traitement a été initié chez une femme symptomatique (si la femme est devenue asymptomatique au moment de la réception des résultats d'analyses microbiologiques, il n'est pas nécessaire de la diriger vers le médecin répondant).
- ▶ Résultat d'analyse positif à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* à d'autres sites exposés chez une femme ayant reçu un traitement pharmacologique pour un syndrome compatible avec une cervicite.
- ▶ Résultat d'analyse positif pour *C. trachomatis* avec un génotype associé à la lymphogranulomatose vénérienne (LGV).
- ▶ Résultat d'analyse positif à un test de contrôle de l'efficacité du traitement.

⁴ Un prélèvement urinaire est une alternative acceptable.

⁵ En présence d'ulcération anogénitale et de facteurs de risque d'ITSS, spécifier sur la requête de faire les analyses pour la recherche du génotype LGV (lymphogranulomatose vénérienne) si les résultats du TAAN vaginal ou endocervical (ou urinaire, ou rectal, s'il y a lieu) sont positifs pour *C. trachomatis*.

⁶ À moins d'avoir obtenu un résultat d'identification virale (culture ou TAAN) positif pour le VHS par le passé. Le prélèvement précoce (dès l'apparition des lésions) est primordial pour la détection du VHS.

DOCUMENTATION

Remplir le formulaire de liaison pour le pharmacien communautaire, s'il y a lieu consulter le modèle disponible dans la section Protocoles médicaux nationaux et ordonnances associées sur le site Web de l'INESSS.

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR AUTORISÉ

Nom, prénom :

Numéro de permis d'exercice :

Nom de l'établissement ou du milieu clinique :

Numéro de téléphone :

Adresse de correspondance :

Signature :

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR AUTORISÉ RÉPONDANT

Nom, prénom :

Numéro de permis d'exercice :

Nom de l'établissement ou du milieu clinique :

Numéro de téléphone :

Adresse de correspondance :

Signature :

PROCESSUS DE MISE EN VIGUEUR

- 1. ÉLABORATION DE LA VERSION ACTUELLE** (identification du ou des médecins concernés et des personnes responsables, le cas échéant)
- 2. VALIDATION DE LA VERSION ACTUELLE** (identification du ou des médecins concernés et des personnes responsables, le cas échéant)
- 3. APPROBATION DE LA VERSION ACTUELLE PAR LE REPRÉSENTANT DU CMDP DE L'ÉTABLISSEMENT**

Nom :

Prénom :

Signature :

Date :

- 4. APPROBATION DE LA VERSION ACTUELLE PAR LES MÉDECINS SIGNATAIRES (HORS ÉTABLISSEMENT)**

Nom et prénom	Numéro de permis	Signature	Téléphone	Télécopieur

- 5. RÉVISION**

Date d'entrée en vigueur :

Date de la dernière révision (s'il y a lieu) :

Date prévue de la prochaine révision :

Signature du médecin répondant (s'il y a lieu) :

Signature :

Date :