

ORDONNANCE COLLECTIVE

SUIVI DES USAGERS SOUFFRANT D'UN SYMPTÔME LIÉ À L'USAGE DU MÉTHOTREXATE EN RHUMATOLOGIE

Validé par Johanne Lapré, conseillère cadre clinicienne - Bloc opératoire, salle de réveil,
chirurgie d'un jour et plateau technique spécialisé

Date d'entrée en vigueur 2021-01-11

Incluant un protocole Oui Non

Approuvé par CMDP
Direction des soins infirmiers

Date de révision [Choisissez la date](#)

Date de péremption 2024-01-11

1. Objet

1.1 Description

- Assurer le suivi de la clientèle souffrant de maladie inflammatoire traitée avec du méthotrexate et présentant des symptômes exacerbés.

1.2 But

- Prendre en charge rapidement l'utilisateur traité avec du méthotrexate présentant un symptôme exacerbé.
- Ajuster certains médicaments ou initier des médicaments auprès d'un usager souffrant d'un symptôme lié à l'usage du méthotrexate.
- Favoriser l'observance au traitement de méthotrexate pour optimiser l'effet thérapeutique.

2. Professionnels habilités

- L'infirmière clinicienne des cliniques externes de rhumatologie de l'Hôpital Fleurimont et de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke et qui possède la formation, les connaissances et les compétences nécessaires.

3. Activités réservées

3.1 Professionnel visé par l'ordonnance collective

- Infirmières cliniciennes
 - Administrer et ajuster des médicaments ou autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.
 - Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance.

4. Secteurs d'activités visés

- Clinique externe de rhumatologie de l'hôpital Fleurimont et l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke.

5. Médecin répondant

- En cas de problèmes ou de questions, contacter le médecin traitant ou, en l'absence de celui-ci, le médecin de garde.

6. Indications et conditions d'initiation

6.1 Groupes de personnes visées

- Tout usager de 18 ans et plus ayant une maladie inflammatoire du système musculo-squelettique, traité par méthotrexate et apte à collaborer au suivi.

6.2 Conditions à l'application de l'ordonnance

- L'usager est suivi par un rhumatologue au CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
- L'usager souffre d'une maladie inflammatoire et possède une prescription de méthotrexate.
- L'usager présente un des symptômes suivants :
 - Nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhées.
 - Fatigue, étourdissements ou instabilité de l'humeur.
 - Céphalée.
 - Stomatites, mucosités, ulcères buccaux.
 - Alopécie (perte de cheveux).

7. Contre-indications et limites

- L'usager répondant à un ou plusieurs des critères suivants est exclu de l'application de cette ordonnance collective :
 - Usager de moins de 18 ans.
 - Absence de réseau familial ou de soutien pour un usager ayant des pertes cognitives importantes.
 - Inobservance à la médication régulièrement administrée ou non-compliance au traitement.
 - Usager présentant plus d'un symptôme en simultané (2 ou plus).
 - Usager présentant un symptôme sévère.
 - Usager présentant un symptôme autre que ceux ciblés par l'ordonnance collective.
 - Usager présentant des comorbidités d'insuffisance rénale ou hépatique.
 - Lorsque l'algorithme indique une limite d'ordonnance.

8. Procédure

1. Évaluer la condition clinique de l'utilisateur et identifier la symptomatologie rapportée par un usager traité avec du méthotrexate (en présence de l'utilisateur ou par téléphone) à l'aide du formulaire *Collecte de données - Symptômes liés à l'usage du méthotrexate* (**annexe A**) :
 - a. symptômes gastro-intestinaux : nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhées
 - b. symptômes SNC : fatigue, étourdissements ou instabilité de l'humeur
 - c. symptômes SNC : céphalée
 - d. symptômes muco-cutanés : stomatites, mucosites, ulcères buccaux
 - e. symptômes d'alopécie (perte de cheveux)
2. Émettre un constat au PTI en lien avec le symptôme rapporté ainsi qu'une justification pertinente dans la note d'évolution.
3. Appliquer l'algorithme en fonction du symptôme rapporté et ajuster ou initier certains médicaments (**annexes F à J**).
4. Préciser des directives claires au PTI ainsi qu'une justification pertinente dans la note d'évolution.
5. Faire une relance téléphonique en fonction du symptôme rapporté.
6. Apporter les ajustements au PTI (ajout ou cessation) en fonction du suivi requis ainsi qu'une justification pertinente dans la note d'évolution.
7. Offrir le soutien et l'enseignement requis à l'utilisateur et à sa famille (ex. : technique d'auto-injection méthotrexate).
8. Transmettre par télécopieur l'information à la pharmacie communautaire de l'utilisateur en utilisant les formulaires de liaison lorsque requis (**annexes B, C, D et E**).
9. Communiquer l'information pertinente au médecin lorsque nécessaire.
10. Consigner au dossier de l'utilisateur :
 - a. l'utilisation de l'ordonnance collective n° CHUS-OC-RH-001
 - b. la condition physique et mentale de l'utilisateur
 - c. le plan d'intervention
 - d. le plan thérapeutique infirmier

9. Sources

- AMRQ. Ordonnance collective méthotrexate. À l'intention des infirmières et infirmiers en rhumatologie. Septembre 2016.
- CL Loprinzi, N. B., MJ O'Connell et al (1989). 'Allopurinol mouthwash kinetic and stability information based on normal volunteers.' *Hospital Pharmacy* 24 (May): 353-354 + 373.
- Extemporaneous oral liquid dosage preparation. Canadian Society of Hospital Pharmacists, 1988. Allopurinol suspension. page 10.
- Katchamart W et al; Canadian 3e Initiative Consensus Group. Canadian recommendations for use of methotrexate in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 2010. Jul.; 37(7) : 1422-30.
- Kenneeth et al. American College of Rheumatology, 2008 Recommendations for the Use of Nonbiologic and Biologic Disease-Modifying Antirheumatic Drugs in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)* Vol. 59, N° 6, June 15, 2008, p. 762-784.
- Shea B et col. Folic acid and folinic acid for reducing side effects in patients receiving methotrexate for rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 May 31 ; 5.
- Trissel LA (2012). *Trissel's stability of compounded formulations* (5th ed.). Washington DC: American Pharmacists Association. p 20.
- Vigilance santé (Allopurinol 1 mg/mL et 20 mg/mL).

10. Processus d'élaboration**10.1 Rédaction**

Nom : Lapré Prénom : Johanne , conseillère cadre clinicienne - Bloc opératoire, salle de réveil, chirurgie d'un jour et plateau technique spécialisé Date : 2017-05

10.2 Consultation/collaboration

Nom : D' Masetto Prénom : Ariel Rodolfo , médecin rhumatologue Date : 2017-05

Nom : Desbiens Prénom : Joëlle , pharmacienne Date : 2020-02

Nom : Bélanger Prénom : Janick , chef de service, médecin de jour Date : 2017-05

Nom : Robindaine Prénom : Julie , infirmière clinicienne, rhumatologie Date : 2019-06

Nom : Boire Prénom : Gilles , médecin rhumatologue Date : 2019-06

Nom : Lepire Prénom : Sonia , coordonnatrice - Cliniques externes spécialisées Date : 2019-06

10.3 Approbation

Comité pharmacologique (si l'ordonnance implique l'utilisation de médicament)

Comité de Gestion des outils cliniques (CGOC)

11. Processus d'autorisation

Nom, prénom : Bolduc, Brigitte Signature : Document original signé , pour la présidente du CMDP Date : 2020-09-15

Nom, prénom : Schoos, Nathalie Signature : Document original signé , Directrice des soins infirmiers Date : 2020-09-14

12. Historique des révisions

Nom : Lapré Prénom : Johanne Date : 2020-09

Nom : Prénom : Date :

Annexe A - Collecte de données - Symptômes liés à l'usage du méthotrexate

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke

Québec 

BI002

- HÔPITAL FLEURIMONT
 HÔTEL-DIEU DE SHERBROOKE

COLLECTE DE DONNÉES
SYMPTÔMES LIÉS À L'USAGE DU
MÉTHOTREXATE

DATE

Année	Mois	Jour

PROFIL DE L'USAGER

Raison(s) du suivi en rhumatologie :

- PAR (polyarthrite rhumatoïde) Apso (arthrite psoriasique) SPA (spondylite ankylosante)
 Autre(s) : _____

Dernière visite en rhumatologie le : _____
(année/mois/jour)

Médecin rhumatologue : _____

Statut de la maladie à la dernière visite médicale :

- Rémission Bon contrôle Active à bas bruit Active
 Aucune note à ce sujet dans la dernière note de consultation externe en rhumatologie

Antécédents médicaux connus pour :

- Insuffisance rénale : Non Oui Préciser le stade : _____
Maladie hépatique : Non Oui Préciser : _____
Problème de compliance ou observance au traitement documenté au dossier par le passé?
 Non Oui Préciser : _____

VÉRIFICATION DES FACTEURS POUVANT INFLUENCER LA TOLÉRANCE AU TRAITEMENT PAR MÉTHOTREXATE**1. Prise de la médication (à valider avec l'utilisateur et la pharmacie communautaire)**Allergies connues¹ ou intolérances médicamenteuses¹ : _____Acétaminophène Non Oui

Autre(s), préciser : _____

Usage de produits en vente libre/produits naturels, préciser : _____

Nom de la pharmacie communautaire : _____

↳ Obtenir le profil des médicaments/DSQ

¹Au CHUS, documenter dans le DCI-CAE (ARIANE)

CHUS-FDCU-RH-001

Nom de l'utilisateur : _____

N° dossier : _____

Méthotrexate	<input type="checkbox"/> 2,5 mg/co	<input type="checkbox"/> 10 mg/co	<input type="checkbox"/> 25 mg/mL
Mode d'administration	<input type="checkbox"/> PO	<input type="checkbox"/> SC	
Dosage prescrit : _____	Dosage pris : _____		
Jour(s) de la prise du médicament (à encercler) :			
<input type="checkbox"/> Lundi	<input type="checkbox"/> Mardi	<input type="checkbox"/> Mercredi	<input type="checkbox"/> Jeudi
<input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Samedi	<input type="checkbox"/> Dimanche	
Date de la dernière dose : _____	Date début du traitement : _____		
	(année/mois/jour)		

Acide folique	<input type="checkbox"/> 5 mg/co
Dosage prescrit : _____	Dosage pris : _____
Jour(s) de la prise du médicament (à encercler) :	
<input type="checkbox"/> Lundi	<input type="checkbox"/> Mardi
<input type="checkbox"/> Mercredi	<input type="checkbox"/> Jeudi
<input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Samedi
<input type="checkbox"/> Dimanche	
Date de la dernière dose : _____	
	(année/mois/jour)

Acide folinique (leucovorin)	<input type="checkbox"/> 5 mg/co
Dosage prescrit : _____	Dosage pris : _____
Jour(s) de la prise du médicament (à encercler) :	
<input type="checkbox"/> Lundi	<input type="checkbox"/> Mardi
<input type="checkbox"/> Mercredi	<input type="checkbox"/> Jeudi
<input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Samedi
<input type="checkbox"/> Dimanche	
Date de la dernière dose : _____	
	(année/mois/jour)

2. Modifications récentes (dans le dernier mois) au niveau de la médication

- Addition, retrait ou changement de dose d'un ou des médicaments au profil (médicament donné dans le traitement de l'arthrite ou autre condition de santé ; il faut considérer l'ensemble de la médication) :
- _____
- Prise d'autres **immuno-suppresseurs** (ex. : arava/leflunomide, salazopyrin/sulfasalazine, etc.), **agents biologiques** (ex. : enbrel/etanercept, humira/adalimumab, simponi/golimumab, remicade/infliximab, cimzia/certolizumab, actemra/tocilizumab, orenzia/abatacept, rituxan/rituximab, otezla/apremilast, xeljanz/tofacitinib, stelara/ustekinumab, etc.) :
- _____
- Prise d'antibiotiques (infection récente, fièvre soutenue) :
- _____
- Prise d'AINS (ex. : celecoxib/Célébrex, naprosyn/Naproxen, diclofenac/Voltaren, ibuprofène/Advil/Motrin, etc.) :
- _____
- Prise d'acétaminophène (surveillance dosage maximal : 4000 mg die) :
Attention aux formulations de type Empracet, Tramacet et robaxacet qui contiennent aussi du Tyféno.
- _____
- Prise de corticothérapie (prednisone PO ou IM ou IA (intra-articulaire) :
- _____
- Vaccination :
- _____
- _____

No produit
2020-02COLLECTE DE DONNÉES
SYMPTÔMES LIÉS À L'USAGE DU MÉTHOTREXATEPage 2 de 8
DOSSIER DE L'USAGER

Nom de l'usager : _____

N° dossier : _____

3. Changement(s) significatif(s) au niveau des habitudes de vie (dans le dernier mois)

Avez-vous eu des changements significatifs au niveau de vos habitudes de vie dans le dernier mois?

HABITUDES DE VIE	SITUATION ACTUELLE	LE MOIS PASSÉ
Consommation d'alcool Si oui, lesquels : _____	Quantité/semaine :	Quantité/semaine :
Tabagisme	Quantité/jour :	Quantité/jour :
Activité physique/loisirs		
Consommation de drogues (cannabis ou autre : _____)	Quantité/semaine : Fréquence/semaine :	Quantité/semaine : Fréquence/semaine :
Sommeil		
Alimentation/diète particulière		
Changement dans les selles <input type="checkbox"/> S/O (diarrhée, rectorragie, méléna)		
Changement dans les urines <input type="checkbox"/> S/O (urine plus foncé, etc.)		
Perte de poids ou gain de poids <input type="checkbox"/> S/O		
Emploi/travail/occupation		

4. Situation de stress (dans le dernier mois)

Avez-vous vécu un événement stressant dans le dernier mois?

- Non Oui, préciser: Voyage Divorce Déménagement
 Dépression Deuil Autre(s) :

5. Modification de l'état de santé (faire la revue des systèmes aux pages suivantes)**ATTENTION :**

Suite au questionnaire, si plus d'un système est affecté, l'infirmière se retrouve en limite d'ordonnance. Elle doit en informer le médecin.

Si l'usager répond positivement à un élément de la revue des systèmes, il faut toujours questionner pour savoir si le symptôme est **associé à des critères de sévérité (référer aux différents algorithmes pour la définition des symptômes sévères selon les différentes situations cliniques)**.

Nom de l'utilisateur : _____

N° dossier : _____

REVUE DU SYSTÈME ARTICULAIRE**→ Douleurs** Non, aucune douleur Oui → faire l'évaluation des douleurs selon l'aide-mémoire : PQRSTUI

P (provoqué par? cause de la douleur, facteurs aggravants et palliatifs)
Q (qualité : que ressentez-vous?)
R (région, irradiation)
S (sévérité, intensité (échelle 0-10), symptômes et signes associés)
T (temps : depuis quand, durée)
U (« <i>understanding</i> » : compréhension et signification pour l'utilisateur)
I (impact sur les activités de la vie quotidienne (AVQ))

→ Raideurs matinales Non, aucune raideur matinale Oui (préciser la durée) : _____**→ Éveils nocturnes causés par la douleur** Non, aucun éveil nocturne
 Oui →
 Occasionnellement/rarement
 Régulièrement
 Toutes les nuits
→ Interprétation du statut de la maladie selon l'évaluation actuelle (sans examen physique articulaire)
 Rémission
 Bon contrôle
 Active à bas bruit
 Active
 Difficile de statuer

→ Résultat de la CRP (protéine C-Réactive) _____ Date du résultat : _____
 (année/mois/jour)
ATTENTION :

Suite au questionnaire, si plus d'un système est affecté, l'infirmière se retrouve en limite d'ordonnance. Elle doit en informer le médecin.

Nom de l'utilisateur : _____

N° dossier : _____

REVUE DU SYSTÈME GASTRO-INTESTINAL

Symptômes gastro-intestinaux	Absence (non)	Présence (oui)	Date du début (année/mois/jour)	Intermittent	CRITÈRES DE SÉVÉRITÉ				
					Persistant (3 jours consécutifs ou plus)	Intensité douleur supérieure ou égale à 4/10 (échelle 0-10)	Présence d'impact fonctionnel (AVQ ou AVD)	Absentéisme au travail	Présence de signes de déshydratation (augmentation de la soif, moins d'urine qu'à l'habitude, urine plus foncée, bouche sèche)
Nausées									
Vomissements									
Douleurs abdominales		*							
Diarrhées									

ATTENTION : Dès qu'une case ombragée est cochée (quelle qu'elle soit); l'infirmière se retrouve en limite d'ordonnance et doit informer le médecin rhumatologue.

DONC :

- Si présence de nausées ou de douleurs abdominales ou de diarrhées **sans** critères de sévérité, référer à l'algorithme des symptômes gastro-intestinaux.
- Si présence de nausées ou de douleurs abdominales ou de diarrhées **avec** critères de sévérité, l'infirmière se retrouve en limite d'ordonnance : elle doit informer le médecin.
- Si présence de vomissements, l'infirmière se retrouve en limite d'ordonnance : elle doit informer le médecin.
- Si présence de symptômes gastro-intestinaux autres que ceux décrits ci-dessus (constipation, sang dans les selles, etc.) orienter l'utilisateur vers la première ligne (Info-Santé 811).
- Si une autre étiologie que la prise de méthotrexate semble pouvoir expliquer les symptômes gastro-intestinaux, (origine virale ou infectieuse, par exemple), informer l'utilisateur de communiquer avec Info-Santé 811.

* Si présence de douleurs abdominales, faire l'évaluation selon l'aide-mémoire **PQRSTUI** :

P (provoqué par?)
Q (qualité : que ressentez-vous?)
R (région, irradiation)
S (sévérité, intensité (échelle 0-10), symptômes et signes associés)
T (temps : depuis quand, durée)
U (« <i>understanding</i> » : compréhension et signification pour l'utilisateur)
I (impact sur les activités de la vie quotidienne (AVQ))

ATTENTION :

Suite au questionnaire, si plus d'un système est affecté, l'infirmière se retrouve en limite d'ordonnance. Elle doit en informer le médecin.

Nom de l'usager : _____

N° dossier : _____

REVUE DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL (SNC)

Symptômes du système nerveux central	Absence (non)	Présence (oui)	Date du début (année/mois/jour)	Intermittent	CRITÈRES DE SÉVÉRITÉ			
					Persistant (3 jours consécutifs ou plus)	Intensité douleur modérée à sévère (4 -10)	Présence d'impact fonctionnel (AVQ ou AVD)	Absentéisme au travail
Fatigue								
Étourdissements								
Instabilité de l'humeur (tristesse, irritabilité ou agitation)								
Céphalées		*						

ATTENTION : Dès qu'une case ombragée est cochée (quelle qu'elle soit); l'infirmière se retrouve en limite d'ordonnance et doit informer le médecin rhumatologue.

DONC :

- Si présence de fatigue ou d'étourdissements ou de céphalées ou d'altération ou instabilité de l'humeur, sans critère de sévérité, référer aux algorithmes (2) des symptômes du système nerveux central.
- Si présence de fatigue ou d'étourdissements ou de céphalées ou d'altération ou instabilité de l'humeur avec critères de sévérité, l'infirmière se retrouve en limite d'ordonnance : elle doit donc informer le médecin.
- Si présence de symptômes du système nerveux central autres que ceux décrits ci-dessus, orienter l'usager à consulter en première ligne (Info-Santé 811).
- Si une autre étiologie que la prise de méthotrexate semble pouvoir expliquer les symptômes du système nerveux central, (dépression, par exemple), informer l'usager de communiquer avec Info-Santé 811.

* Si présence de céphalées, faire l'évaluation selon l'aide-mémoire **PQRSTUI** :

P (provoqué par?)
Q (qualité : que ressentez-vous?)
R (région, irradiation)
S (sévérité, intensité (échelle 0-10), symptômes et signes associés)
T (temps : depuis quand, durée)
U (« <i>understanding</i> » : compréhension et signification pour l'usager)
I (impact sur les activités de la vie quotidienne (AVQ))

ATTENTION :

Suite au questionnaire, si plus d'un système est affecté, l'infirmière se retrouve en limite d'ordonnance. Elle doit en informer le médecin.

Nom de l'utilisateur : _____

N° dossier : _____

REVUE DU SYSTÈME MUCO-CUTANÉ

Symptômes muco-cutanés	Absence (non)	Présence (oui)	Date du début (année/mois/jour)	Intermittent	CRITÈRES DE SÉVÉRITÉ			
					Persistant (3 jours consécutifs ou plus)	Intensité douleur modérée à sévère (4 -10)	Présence d'impact fonctionnel (AVQ ou AVD)	Absentéisme au travail
Stomatites						*		
Mucosités						*		
Ulcères bucaux						*		

ATTENTION : Dès qu'une case ombragée est cochée (quelle qu'elle soit); l'infirmière se retrouve en limite d'ordonnance et doit informer le médecin rhumatologue.

DONC :

- Si présence d'ulcères bucaux, de stomatites ou de mucosités, sans critères de sévérité, référer à l'algorithme des symptômes muco-cutanés.
- Si présence d'ulcères bucaux, de stomatites ou de mucosités, avec critères de sévérité, l'infirmière se retrouve en limite d'ordonnance : elle doit informer le médecin.
- Si présence de symptômes muco-cutanés autres que ceux décrits ci-dessus, orienter l'utilisateur à consulter en première ligne (Info-Santé 811).
- Si une autre étiologie que la prise du méthotrexate semble pouvoir expliquer les symptômes muco-cutanés, informer l'utilisateur de communiquer avec Info-Santé 811.

* Faire l'évaluation des douleurs associées aux symptômes muco-cutanés selon l'aide-mémoire **PQRSTUI :**

P (provoqué par?)
Q (qualité : que ressentez-vous?)
R (région, irradiation)
S (sévérité, intensité (échelle 0-10), symptômes et signes associés)
T (temps : depuis quand, durée)
U (« <i>understanding</i> » : compréhension et signification pour l'utilisateur)
I (impact sur les activités de la vie quotidienne (AVQ))

ATTENTION :

Suite au questionnaire, si plus d'un système est affecté, l'infirmière se retrouve en limite d'ordonnance. Elle doit en informer le médecin.

Nom de l'utilisateur : _____

N° dossier : _____

REVUE DU SYSTÈME TÉGUMENTAIRE

Symptômes tégumentaires	Absence (non)	Présence (oui)	Date du début (année/mois/jour)	Intermittent	CRITÈRES DE SÉVÉRITÉ			
					Distribution en plaques	Intensité douleur modérée à sévère (4 -10)	Associée à des rougeurs ou vésicules ou squames	Associée à de la douleur au niveau du cuir chevelu
Alopécie (perte de cheveux)								*

ATTENTION : Dès qu'une case ombragée est cochée (quelle qu'elle soit); l'infirmière se retrouve en limite d'ordonnance et doit informer le médecin rhumatologue.

DONC :

- Si présence d'alopécie (perte de cheveux) sans critères de sévérité, référer à l'algorithme des symptômes pour l'alopécie.
- Si présence d'alopécie (perte de cheveux) avec critères de sévérité, l'infirmière se retrouve en limite d'ordonnance : elle doit informer le médecin.
- Si présence de symptômes d'alopécie (perte de cheveux) autres que ceux décrits ci-dessus, orienter l'utilisateur à consulter en première ligne (Info-Santé 811).
- Si une autre étiologie que la prise du méthotrexate semble pouvoir expliquer les symptômes d'alopécie (perte de cheveux), informer l'utilisateur de communiquer avec Info-Santé 811.

* Faire l'évaluation des douleurs associées au niveau du cuir chevelu selon l'aide-mémoire **PQRSTUI :**

P (provoqué par?)
Q (qualité : que ressentez-vous?)
R (région, irradiation)
S (sévérité, intensité (échelle 0-10), symptômes et signes associés)
T (temps : depuis quand, durée)
U (« <i>understanding</i> » : compréhension et signification pour l'utilisateur)
I (impact sur les activités de la vie quotidienne (AVQ))

ATTENTION :

Suite au questionnaire, si plus d'un système est affecté, l'infirmière se retrouve en limite d'ordonnance. Elle doit en informer le médecin.

Signature

Nom en caractère d'imprimerie

No produit
2020-02COLLECTE DE DONNÉES
SYMPTÔMES LIÉS À L'USAGE DU MÉTHOTREXATEPage 8 de 8
DOSSIER DE L'USAGER

Annexe B - Formulaire de liaison – pharmacie communautaire – Ajustement du méthotrexate et de l'acide folique



HÔTEL-DIEU DE SHERBROOKE

FORMULAIRE DE LIAISON - PHARMACIE COMMUNAUTAIRE

AJUSTEMENT DU MÉTHOTREXATE
ET DE L'ACIDE FOLIQUE

DATE

Année	Mois	Jour

Pharmacie communautaire :

Nom : _____

Télécopieur : _____

Date de naissance			N° de dossier		
Année	Mois	Jour			
N° d'assurance maladie					
Nom à la naissance			Prénom		
Adresse					
Ville		Code postal		N° de téléphone	
Médecin prescripteur :					

Service de rhumatologie – clinique ambulatoire

Hôtel-Dieu de Sherbrooke – 580, Bowen Sud, Sherbrooke (Qc) J1G 2E8

Téléphone : 819 346-1110, poste 14579

Télécopieur : 819 348-3863

Méthotrexate

Ancienne posologie (à titre de référence seulement)	Méthotrexate PO	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam
	Nb comprimés (2,5 mg/co)			8				
	Total mg			20				

Ancienne posologie (à titre de référence seulement)	Méthotrexate PO	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam
	Nb comprimés (10 mg/co)							
	Total mg							

Ancienne posologie (à titre de référence seulement)	Méthotrexate SC	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam
	Injection SC (25 mg/mL)							
	Total mg							

NOUVELLE POSOLOGIE Renouvelable 1 an dès ce jour	Méthotrexate PO	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam
	Nb comprimés (2,5 mg/co)			4 bid				
	Total mg			20				

NOUVELLE POSOLOGIE Renouvelable 1 an dès ce jour	Méthotrexate PO	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam
	Nb comprimés (10 mg/co)							
	Total mg							

NOUVELLE POSOLOGIE Renouvelable 1 an dès ce jour	Méthotrexate SC	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam
	Injection SC (25 mg/mL)							
	Total mg							

CHUS-FDCU-RH-002

Page 1 de 2

No produit
2020-02

FORMULAIRE DE LIAISON – PHARMACIE COMMUNAUTAIRE
AJUSTEMENT DU MÉTHOTREXATE ET DE L'ACIDE FOLIQUE

Nom de l'utilisateur : _____

N° dossier : _____

Acide folique

Ancienne posologie (à titre de référence seulement)	Acide folique	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam
	Nb comprimés (5 mg/co)		2		2			
	Total mg		10		10			

NOUVELLE POSOLOGIE Renouvelable 1 an dès ce jour	Acide folique	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam
	Nb comprimés (5 mg/co)	1	1		1	1	1	1
	Total mg	5	5		5	5	5	5

Cette ordonnance est pour vos dossiers. **La clinique du service de rhumatologie du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a avisé l'utilisateur de la posologie. Vous n'avez pas à contacter le patient sauf si vous devez effectuer un changement dans son pilulier (dosette/dispill). Si le patient reçoit sa médication en pilulier, SVP vous assurer de lui fournir la médication pour remplir l'ordonnance dès ce jour.**

Autres informations importantes à signaler au pharmacien :

Je certifie qu'il s'agit d'une ordonnance originale à destinataire unique qui ne sera pas réutilisée.

Signature

Nom en caractère d'imprimerie

Annexe C - Formulaire de liaison – pharmacie communautaire – Cesser acide folique et initier acide folinique/leucovorin

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke



HÔTEL-DIEU DE SHERBROOKE

FORMULAIRE DE LIAISON - PHARMACIE COMMUNAUTAIRE

CESSER ACIDE FOLIQUE
ET INITIER ACIDE FOLINIQUE/LEUCOVORIN

DATE

Année	Mois	Jour

Pharmacie communautaire :

Nom : _____

Télécopieur : _____

Date de naissance <small>Année Mois Jour</small>			N° de dossier
N° d'assurance maladie			
Nom à la naissance		Prénom	
Adresse			
Ville	Code postal	N° de téléphone	
Médecin prescripteur :			

Service de rhumatologie – clinique ambulatoire
Hôtel-Dieu de Sherbrooke – 580, Bowen Sud, Sherbrooke (Qc) J1G 2E8
Téléphone : 819 346-1110, poste 14579
Télécopieur : 819 348-3863

Acide folique

Ancienne posologie (à titre de référence seulement)	Acide folique	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam
	Nb comprimés (5 mg/co)	1	1		1	1	1	1
	Total mg	5	5		5	5	5	5

NOUVELLE POSOLOGIE Cesser acide folique	Acide folique	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam
	Nb comprimés (5 mg/co)	0						
	Total mg	0						

Acide folinique/leucovorin

Ancienne posologie (à titre de référence seulement)	Acide folinique/leucovorin	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam
	Nb comprimés (5 mg/co)	0						
	Total mg	0						

NOUVELLE POSOLOGIE Renouvelable 1 an dès ce jour	Acide folinique/leucovorin	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam
	Nb comprimés (5 mg/co)				2			
	Total mg				10			

Cette ordonnance est pour vos dossiers. **La clinique du service de rhumatologie du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a avisé l'usager de la posologie. Vous n'avez pas à contacter le patient sauf si vous devez effectuer un changement dans son pilulier (dosette/ dispill). Si le patient reçoit sa médication en pilulier, SVP vous assurer de lui fournir la médication pour remplir l'ordonnance dès ce jour.**

Autres informations importantes à signaler au pharmacien :

Je certifie qu'il s'agit d'une ordonnance originale à destinataire unique qui ne sera pas réutilisée.

Signature

Nom en caractère d'imprimerie

No produit
2020-02

FORMULAIRE DE LIAISON – PHARMACIE COMMUNAUTAIRE
CESSER ACIDE FOLIQUE ET INITIER ACIDE FOLINIQUE/LEUCOVORIN

Annexe D - Formulaire de liaison – pharmacie communautaire – Initier l'acétaminophène

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke

Québec

HÔTEL-DIEU DE SHERBROOKE

**FORMULAIRE DE LIAISON - PHARMACIE
COMMUNAUTAIRE**

INITIER L'ACÉTAMINOPHÈNE

DATE

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Pharmacie communautaire :

Nom : _____

Télécopieur : _____

Date de naissance			N° de dossier		
Année	Mois	Jour			
N° d'assurance maladie					
Nom à la naissance			Prénom		
Adresse					
Ville		Code postal		N° de téléphone	
Médecin prescripteur :					

Service de rhumatologie – clinique ambulatoire

Hôtel-Dieu de Sherbrooke – 580, Bowen Sud, Sherbrooke (Qc) J1G 2E8

Téléphone : 819 346-1110, poste 14579

Télécopieur : 819 348-3863

Acétaminophène

Ancienne posologie (à titre de référence seulement)	Acétaminophène	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam
	Nb comprimés (325 mg/co)	0	0	0	0	0	0	0
	Total mg	0	0	0	0	0	0	0

Ancienne posologie (à titre de référence seulement)	Acétaminophène	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam
	Nb comprimés (500 mg/co)	0	0	0	0	0	0	0
	Total mg	0	0	0	0	0	0	0

Ancienne posologie (à titre de référence seulement)	Acétaminophène	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam
	Nb comprimés (650 mg/co)	0	0	0	0	0	0	0
	Total mg	0	0	0	0	0	0	0

NOUVELLE POSOLOGIE Renouvelable 1 an dès ce jour	Acétaminophène	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam
	Nb comprimés (500 mg/co)	4 QID PRN						
	Total mg	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000

Cette ordonnance est pour vos dossiers. **La clinique du service de rhumatologie du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a avisé l'utilisateur de la posologie. Vous n'avez pas à contacter l'utilisateur sauf si vous devez effectuer un changement dans son pilulier (dosette/dispill). Si l'utilisateur reçoit sa médication en pilulier, SVP vous assurer de lui fournir la médication pour remplir l'ordonnance dès ce jour.**

Autres informations importantes à signaler au pharmacien :

Je certifie qu'il s'agit d'une ordonnance originale à destinataire unique qui ne sera pas réutilisée.

Signature

Nom en caractère d'imprimerie

CHUS-FDCU-RH-004

No produit
2020-02

FORMULAIRE DE LIAISON – PHARMACIE COMMUNAUTAIRE
INITIER L'ACÉTAMINOPHÈNE

Annexe E - Formulaire de liaison – pharmacie communautaire – Initier le gargarisme à l'allopurinol

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke



HÔTEL-DIEU DE SHERBROOKE

FORMULAIRE DE LIAISON - PHARMACIE COMMUNAUTAIRE

INITIER LE GARGARISME À L'ALLOPURINOL

DATE

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Pharmacie communautaire :

Nom : _____

Télécopieur : _____

Date de naissance			N° de dossier		
Année	Mois	Jour			
N° d'assurance maladie					
Nom à la naissance			Prénom		
Adresse					
Ville		Code postal		N° de téléphone	
Médecin prescripteur :					

Service de rhumatologie – clinique ambulatoire

Hôtel-Dieu de Sherbrooke - 580, Bowen Sud, Sherbrooke (Qc) J1G 2E8

Téléphone : 819 346-1110, poste 14579

Télécopieur : 819 348-3863

RECETTE

Allopurinol 5 mg/mL rince-bouche

Allopurinol 100 mg/co → 5 co

Véhicule H.S.C. (SickKids) → quantité suffisante jusqu'à 100 mL

Stabilité : 30 jours au réfrigérateur

Bien agiter avant utilisation.

NE PAS AVALER

Gargariser avec 15 mL pendant 1 minute puis recracher.

Gargariser 2 à 4 fois par jour, débiter le jour de la prise du méthotrexate pour 3 jours consécutifs.

Cette ordonnance est pour vos dossiers. **La clinique du service de rhumatologie du CIUSSS de l'Estrie - CHUS a avisé l'utilisateur de la posologie. Vous n'avez pas à contacter le patient sauf si vous devez effectuer un changement dans son pilulier (dosette/ dispill). Si le patient reçoit sa médication en pilulier, SVP vous assurer de lui fournir la médication pour remplir l'ordonnance dès ce jour.**

Autres informations importantes à signaler au pharmacien :

Je certifie qu'il s'agit d'une ordonnance originale à destinataire unique qui ne sera pas réutilisée.

Signature

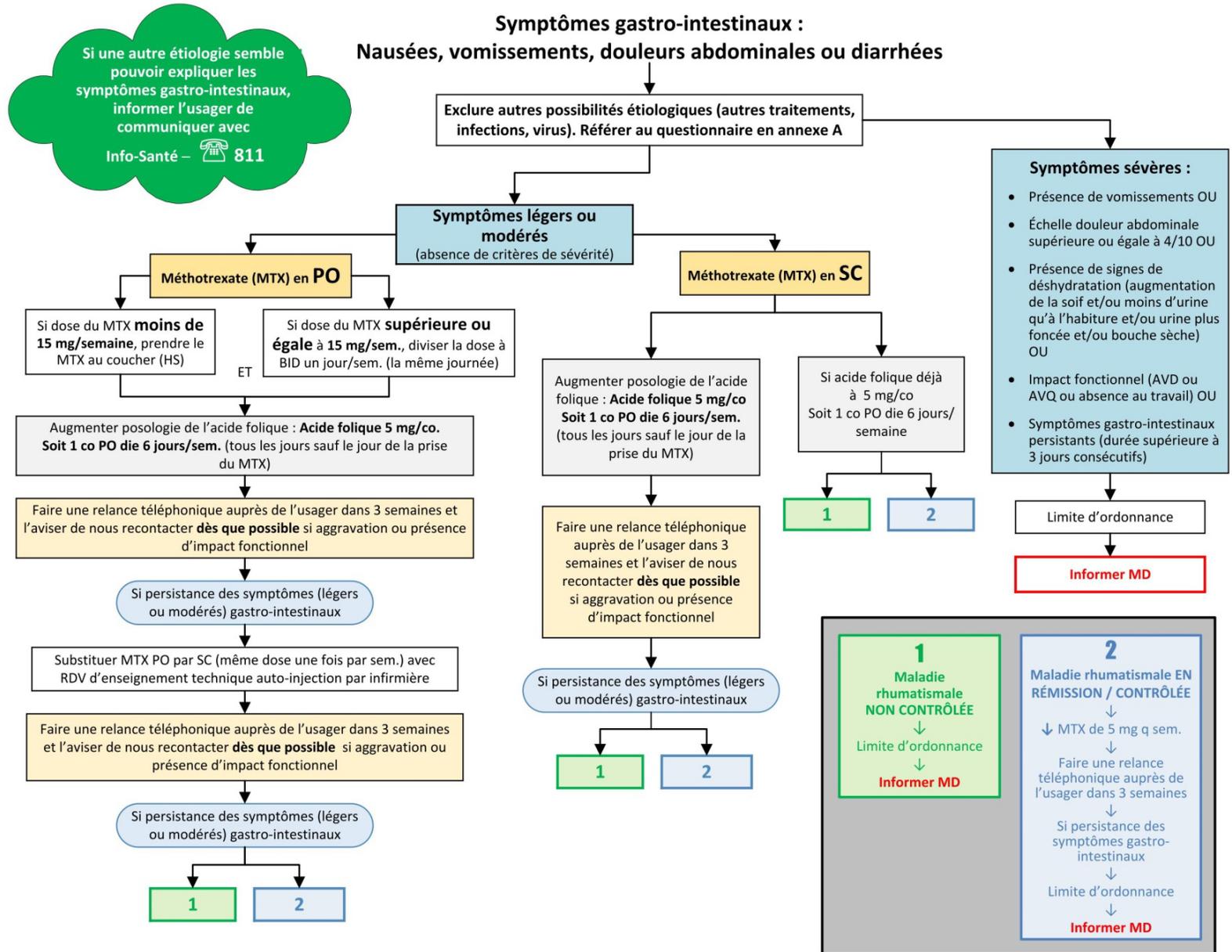
Nom en caractère d'imprimerie

No produit
2020-02

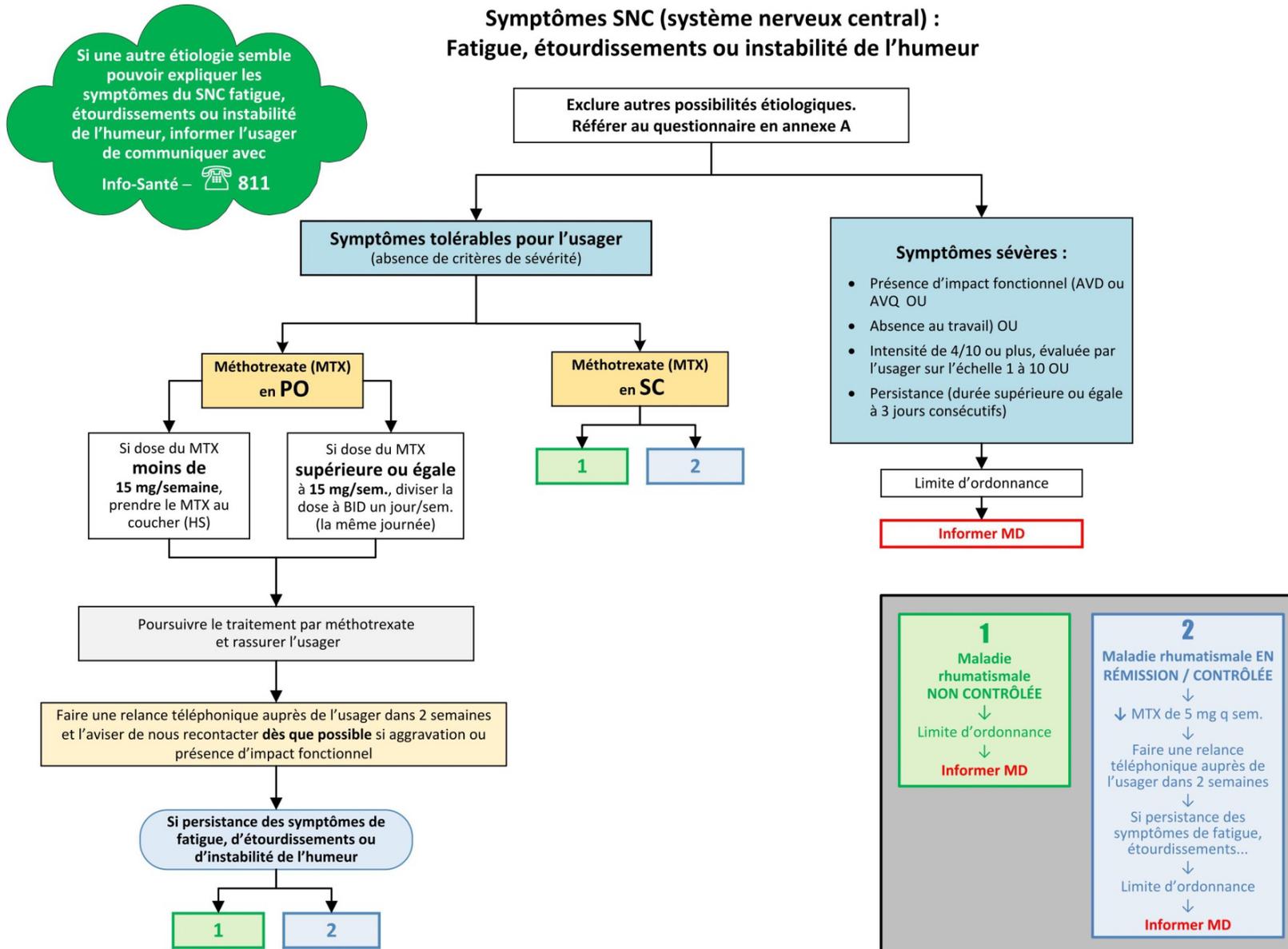
FORMULAIRE DE LIAISON – PHARMACIE COMMUNAUTAIRE

INITIER LE GARGARISME À L'ALLOPURINOL

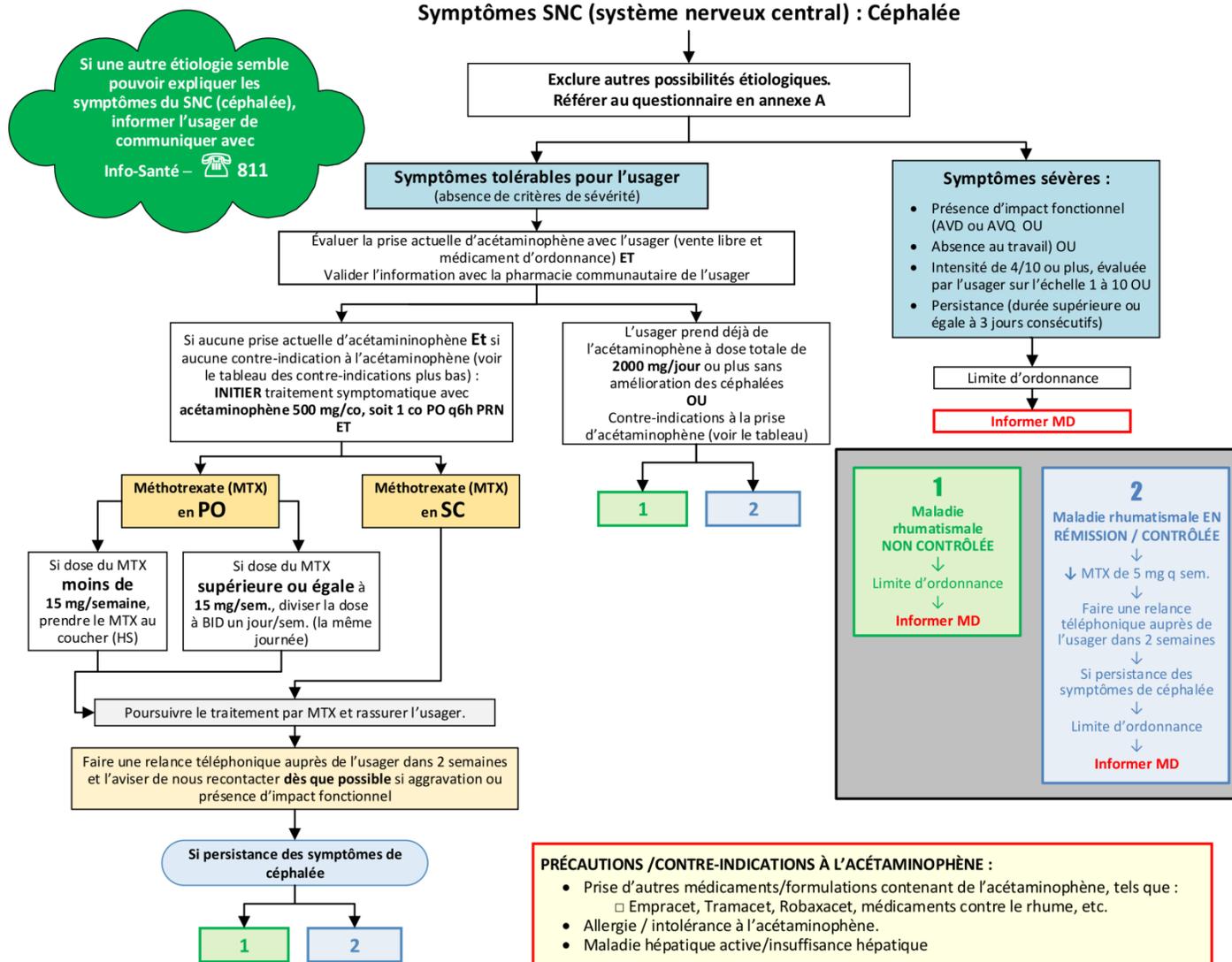
Annexe F - Algorithme – Symptômes gastro-intestinaux



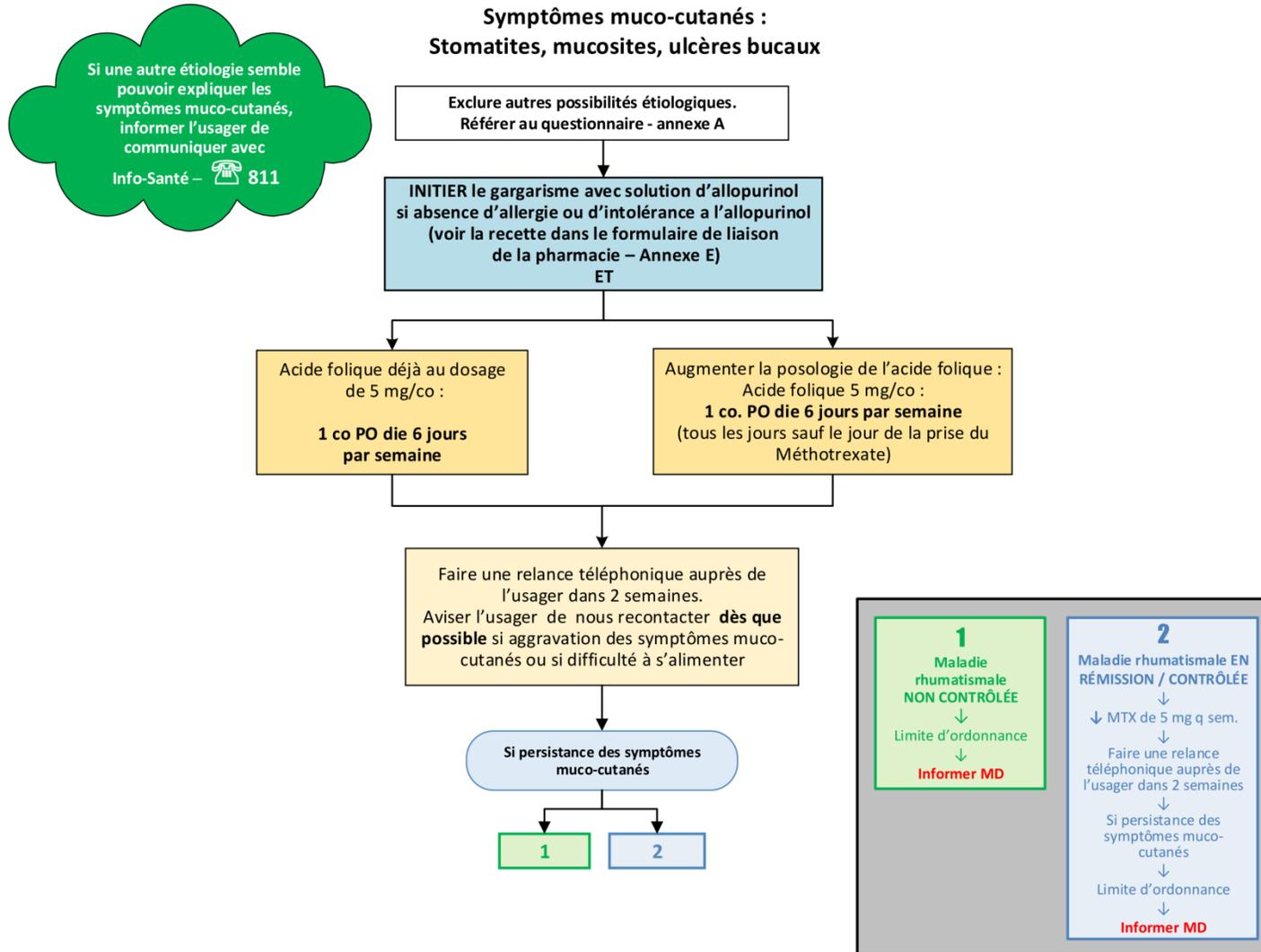
Annexe G - Algorithme- Système SNC (fatigue, étourdissements ou instabilité de l'humeur)



Annexe H - Algorithme – Système SNC (céphalée)



Annexe I - Algorithme – Symptômes muco-cutanés (stomatites, mucosites, ulcères bucaux)



Annexe J - Algorithme – Alopecie (perte de cheveux)

