

Ordonnance collective

ORIGINAL

NOM DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE : <b>Thrombophlébite profonde d'un membre inférieur (TPP)</b>		NUMÉRO : <b>OC : ACCL-01</b>
INSTALLATION(S) / CENTRES D'ACTIVITÉS CONCERNÉE(S) : Hôpital Brome – Missisquoi - Perkins Accueil clinique		DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :  RÉVISÉE LE :
ASSOCIÉ À UN PROTOCOLE : OUI - # _____ <input checked="" type="checkbox"/> NON		
ACTIVITÉS RÉSERVÉES : <ul style="list-style-type: none"> <li>Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance.</li> </ul>		
PROFESSIONNELS HABILITÉS : <ul style="list-style-type: none"> <li>Infirmière de l'accueil clinique ayant reçu la formation liée à cette ordonnance collective.</li> </ul>		
SITUATION CLINIQUE VISÉE OU GROUPE DE CLIENTS VISÉS :  <ul style="list-style-type: none"> <li>Usager ayant été référé à l'accueil clinique pour un diagnostic suspecté de thrombophlébite profonde d'un membre inférieur.</li> </ul>		
BUT THÉRAPEUTIQUE :  <ul style="list-style-type: none"> <li>Éliminer une TPP d'un membre inférieur par un examen radiologique (doppler veineux).</li> </ul>		
INDICATION DES CIRCONSTANCES DÉCLENCHANT L'EXÉCUTION DE L'ORDONNANCE :  <ul style="list-style-type: none"> <li>Référence d'un usager par un médecin d'une clinique pour un diagnostic suspecté de thrombophlébite profonde d'un membre inférieur.</li> </ul>		
INDICATIONS : <ul style="list-style-type: none"> <li>Suspicion de TPP</li> <li>Confirmation TPP</li> </ul>		
MISE EN PAGE : 2014-12-10 EMPLACEMENT : Y:\RP\SEC_DATA\DSP_CMDP\CMDP\OC- OP- PROT\OC\OC ACCCL\OC ACCL-01 THROMBOPHLÉBITE PROFONDE D'UN MEMBRE INFÉRIEUR (TPP).DOC		

**PROCÉDURES :**

- Référence de l'usager à l'accueil clinique par le médecin du bureau/GMF pour un diagnostic suspecté de thrombophlébite profonde d'un membre inférieur, du lundi 8 h au vendredi 15 h, excluant les congés fériés.
- La référence se fait via télécopieur par le biais du formulaire «Formulaire de référence : Accueil clinique ».
- Un accusé de réception sera envoyé au médecin référant (Annexe 1).
- Il est suggéré que l'usager soit gardé à la clinique médicale afin d'attendre le retour d'appel de l'accueil clinique pour confirmer l'heure du rendez-vous.
- Le commis de l'accueil clinique contactera la clinique médicale afin de confirmer le rendez-vous après entente avec la radiologie.
- Évaluation par l'infirmière de l'accueil clinique (antécédents, allergie, médicaments, signes vitaux, poids et taille).
- Analyse sanguine FSC, INR-PTT, Créatinine, ALT, Phosphatase Alcaline.
- Un rendez-vous sera fixé en radiologie pour un doppler veineux (délai de 24 heures) Si impossible dans un délai de 24 heures, appliquer l'ordonnance individuelle du formulaire de référence pour la dose d'Innohep en prophylaxie.
- Retour de l'usager à l'accueil clinique pour s'enquérir du résultat du doppler.
- Consultation en médecine interne avec le résultat du doppler veineux. Si impossibilité de consultation avec la médecine interne le jour même, communiquer avec le médecin référant ou en cas d'impossibilité le médecin de garde du territoire.
- Si prescription Innohep/Coumadin.
- Enseignement auto-injection/ prise du Coumadin.
- Suivi INR et Coumadin / Innohep par le médecin traitant.
- Si aucun médecin de famille, faire voir l'usager en médecine de jour, au jour n°3 par le médecin de garde du territoire.

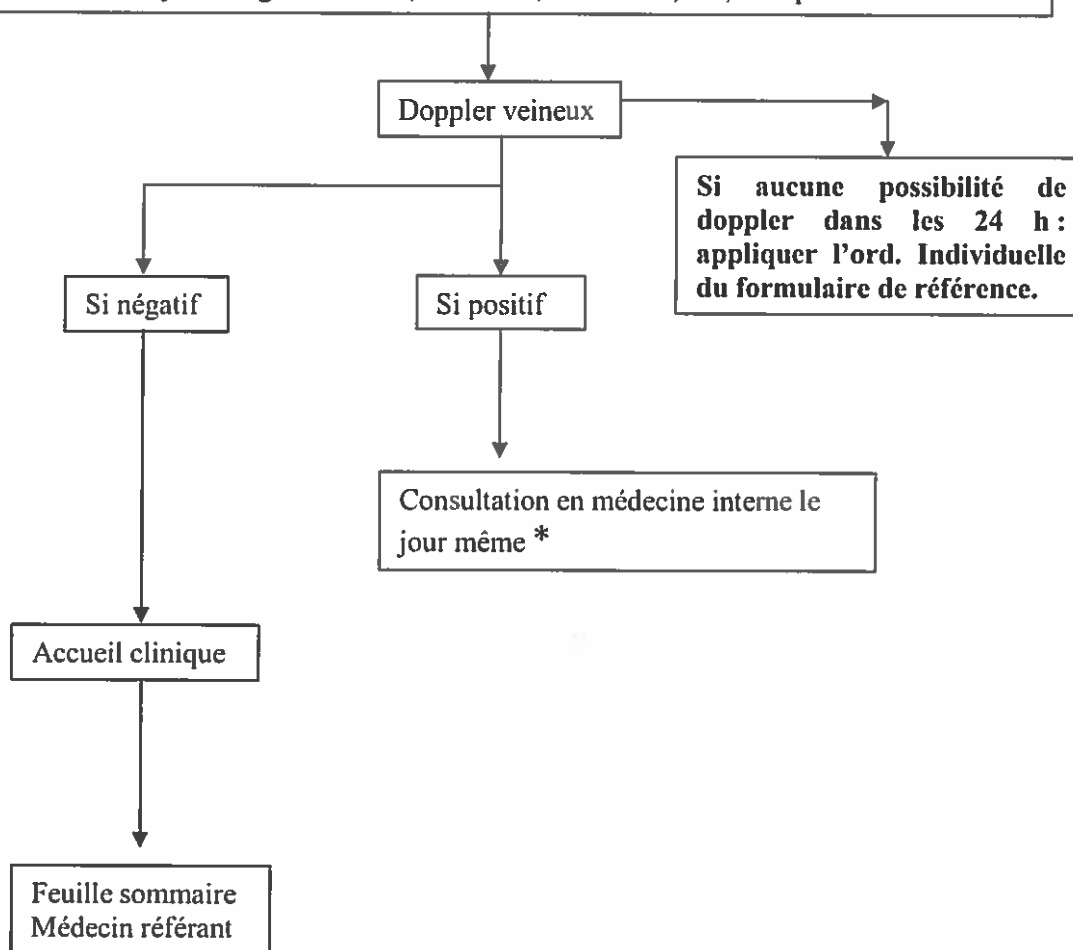
# Thrombophlébite profonde d'un membre inférieur

## Si contre-indication : Consultation en médecine interne stat

- Temp buccale  $\geq 38.5^{\circ}$  C,
- Douleur thoracique subite
- Douleur thoracique augmentée à l'inspiration
- Dyspnée- Tirage
- R.R.  $\geq 22$ / min,
- F.C.  $\geq 100$ / min
- Saturation  $\leq 92$  %

### Accueil clinique :

- Allergies, antécédents, médicaments, S.V. poids, taille
- Analyses sanguines : FSC, INR-PTT, Créatinine, Alt, Phosphatase alcaline




**\*Si impossibilité de voir la médecine interne le jour même : Communiquer avec le médecin référent ou en cas d'impossibilité le médecin de garde du territoire.**

**Signatures : (Représentants des groupes consultés)**

  
Directrice des services de santé physique

2014-12-23  
Date


  
Directeur des affaires médicales

2014-12-23  
Date

  
Directrice des soins infirmiers

2014-12-23  
Date

**Recommandation d'acceptation :**

  
Président du CMDP

2014-12-23  
Date

# Accusé de réception Accueil clinique

Nous avons bien reçu votre demande de  
services à l'accueil clinique

Ordonnance de référence \_\_\_\_\_

Médecin référant \_\_\_\_\_

Nom du patient \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Date de réception \_\_\_\_\_

Infirmière de l'accueil clinique

Les renseignements contenus dans la présente télécopie sont confidentiels et sont envoyés pour la seule et unique utilisation du destinataire.