

## ORDONNANCE COLLECTIVE

NOM DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE : <b>Atropine pré bronchoscopie</b>		NUMÉRO : <b>OC : INH-02</b>
INSTALLATION(S) / CENTRES D'ACTIVITÉS CONCERNÉE(S) : <b>Hôpital BMP</b>		MISE EN VIGUEUR LE : <b>Novembre 2007</b>
		RÉVISÉE LE : <b>Novembre 2013</b>
PROTOCOLE ASSOCIÉ : <input checked="" type="checkbox"/> OUI (INTÉGRÉ) <input type="checkbox"/> NON	ORDONNANCE PERMANENTE OU COLLECTIVE REMPLACÉE : <b>Section 7 de l'ord. perm. # 4.42.6</b>	
ACTIVITÉ(S) RÉSERVÉE(S) : <b>Inhalothérapeute : Administrer et ajuster des médicaments lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.</b>		
PROFESSIONNEL(S) HABILITÉ(S) : <b>Inhalothérapeutes Contribution des infirmières</b>		
SITUATION CLINIQUE VISÉE OU GROUPE DE CLIENTS VISÉS : <b>Concerne les patients d'âge adulte devant subir une bronchoscopie.</b>		
BUT THÉRAPEUTIQUE : <b>Réduire les sécrétions bronchiques.</b>		
PROTOCOLE : <b>L'inhalothérapeute administre 20 à 30 minutes avant la bronchoscopie une dose de 0,4 mg IM d'atropine.</b> <b>OU</b> <b>Il avise les infirmières des unités de soins de donner cette dose au patient devant subir la bronchoscopie. L'inhalothérapeute spécifiera l'heure à laquelle l'atropine doit être donnée.</b>		
CONTRE-INDICATIONS CLINIQUES : <ol style="list-style-type: none"><li>1. Patient présentant une tachycardie</li><li>2. Instabilité cardio-vasculaire</li><li>3. Maladie gastro-intestinale obstructive</li><li>4. Glaucome à angle étroit</li><li>5. Allergie à l'un des ingrédients de la préparation</li></ol>		
Dernière mise en pages : 2013-11-01 Emplacement : U:\RP\Sec_data\Dsp_cmdp\CMDP\PROTOCOLES - ORDONNANCES - GUIDES DE PRATIQUE\ORDONNANCES COLLECTIVES 2007\OC INH\OC-INH 02 Atropine.doc		



## Signatures :

*Originale signée*

\_\_\_\_\_  
Mme Marie-Claude Beaulieu  
Chef de service de l'inhalothérapie

\_\_\_\_\_  
Date

*Originale signée*

\_\_\_\_\_  
M. Paul Berger  
Directeur des services multidisciplinaires

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Dr Gilles Jodoin  
Chef du service de médecine spécialisée

\_\_\_\_\_  
Date

*Originale signée*

\_\_\_\_\_  
Mme France St-Pierre  
Chef du département de pharmacie

\_\_\_\_\_  
Date

*Originale signée*

\_\_\_\_\_  
Dr Christian Léger  
Directeur des affaires médicales et services prof.

\_\_\_\_\_  
Date

*Originale signée*

\_\_\_\_\_  
Mme Louise Favreau  
Directrice des soins infirmiers

\_\_\_\_\_  
Date

## Recommandation d'acceptation :

*Originale signée*

\_\_\_\_\_  
Président du CMDP

Adoptée le 14 nov 2007

\_\_\_\_\_  
Date

## Approbation :

*Originale signée*

\_\_\_\_\_  
Comité de direction

\_\_\_\_\_  
Date

*N.B. : Pour les ordonnances hors établissement, joindre la feuille de signatures des médecins prescripteurs sur laquelle sont indiqués leur no de permis et leur no de téléphone.*

