

## ORDONNANCE COLLECTIVE

NOM DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE : <b>Administration de ventolin</b>		NUMÉRO : <b>OC : INH-03</b>
INSTALLATION(S) / CENTRES D'ACTIVITÉS CONCERNÉE(S) : <b>Hôpital BMP</b>		MISE EN VIGUEUR LE : <b>NOVEMBRE 2008</b>
		RÉVISÉE LE : <b>Novembre 2013</b>
PROTOCOLE ASSOCIÉ : <input checked="" type="checkbox"/> OUI (intégré)	ORDONNANCE PERMANENTE OU COLLECTIVE REMPLACÉE : <b>Nouvelle OC</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 de l'Hôpital BMP.</b>		
SITUATION CLINIQUE VISÉE OU GROUPE DE CLIENTS VISÉS : <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Usagers qui ont subi un test de provocation à la métacholine;</li><li>▶ Usagers qui reçoivent en nébulisation des solutions hypertoniques de NaCl</li></ul>		
BUT THÉRAPEUTIQUE : <b>Renverser les symptômes d'hypersensibilité bronchique</b>		
INDICATIONS DES CIRCONSTANCES DÉCLENCHANT L'EXÉCUTION DE L'ORDONNANCE : <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Lors des tests de provocation : lors d'une chute du VEMS de plus de 10 %;</li><li>▶ Lors d'inhalation de solution hypertonique : si l'utilisateur présente des symptômes d'obstruction bronchique (dyspnée).</li></ul>		
PROTOCOLE : Test de provocation : ventolin via aérochambre <b>400 mcg</b> aux 15 minutes jusqu'au rétablissement à moins de 10 % du VEMS initial.  Inhalation de solution hypertonique : ventolin de 400 à 800 mcg. Si symptômes persistent, transférer l'utilisateur à l'urgence.		
Dernière mise en pages : nov. 2013. Emplacement : Y:\RP\Sec_data\Dsp_cmdp\CMDP\OC- OP- PROT\OC\OC INH\OC-INH 03 Ventolin-2013-11-13.doc		

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

*Originale signée*

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

\_\_\_\_\_  
Date

*Originale signée*

\_\_\_\_\_  
Dr Markus Goettke  
Chef du département de médecine spécialisée

\_\_\_\_\_  
Date

*Originale signée*

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

\_\_\_\_\_  
Date

**Recommandation d'acceptation :**

*Originale signée*

\_\_\_\_\_  
Président du CMDP

2008-11-13

\_\_\_\_\_  
Date

**Approbation :**

\_\_\_\_\_  
Comité de direction

2008-11-25

\_\_\_\_\_  
Date

