



Conditions mineures et sans diagnostic - Loi 41 et 31

Prescriptions pré-imprimées

Formulaires à remplir par les pharmaciens lors d'une consultation

Documentation du dossier patient

À titre indicatif seulement, inspiré des algorithmes de l'Association des bannières et chaînes de pharmacies du Québec (<https://abcpq.ca/> et loi41.com). Ce document est fourni afin de permettre une consultation rapide des documents de l'ABCPQ sur les algorithmes de la loi 31 et 41 afin de permettre une documentation rapide des dossiers pour les conditions mineures. N'hésitez pas à nous signaler des suggestions et vos commentaires.

Suivi des modifications

Publié 1er février 2021 : toujours en attente de l'algorithme de l'ABCPQ concernant TAP

Révision 12 février : Modification critères nausées en grossesse (étaient des critères d'exclusion vs inclusion)

Outils développé et offert gratuitement par l'APPSQ
Devenez membre pour bénéficier de tous nos services à appsq.org



Table des matières

[Acné mineure \(sans nodule ni pustule\)](#)
[Aphtes buccaux](#)
[Candidose cutanée](#)
[Candidose orale](#)
[Candidose orale résultant d'inhalateur de corticostéroïdes](#)
[Cessation tabagique \(TRN\)](#)
[Cessation tabagique \(thérapie orale\)](#)
[Conjonctivite allergique](#)
[Contraception hormonale](#)
[Contraception hormonale d'urgence](#)
[Dermatite atopique \(eczéma\)](#)
[Dermatite de contact \(allergique\)](#)
[Diarrhée du voyageur](#)
[Dysménorrhée primaire](#)
[Dyspepsie et reflux](#)
[Érythème fessier](#)
[Gonorrhée et chlamydia - TAP \(en développement\)](#)
[Hémorroïdes](#)
[Herpès labial](#)
[Infection urinaire chez la femme](#)
[Influenza - prophylaxie des contacts](#)
[Influenza - traitement des patients à risque](#)
[Maladie de Lyme](#)
[Nausées et vomissements \(causes autres que grossesse\)](#)
[Nausées et vomissements \(grossesse\)](#)
[Pédiculose](#)
[Prophylaxie antibiotique pour les porteurs de valves](#)
[Prophylaxie cytoprotection chez les patients à risque](#)
[Prophylaxie du mal aigu des montagnes](#)
[Prophylaxie du paludisme](#)
[Rhinite allergique](#)
[Salbutamol en situation d'urgence](#)
[Strep-test](#)
[Supplémentation vitaminique](#)
[Vaginite à levure](#)
[VIH - Prophylaxie post-exposition](#)
[Zona](#)

Acné mineure (sans nodule ni pustule)

Critères

□ ≤ 5 années depuis dernier traitement prescrit par un autre professionnel

Symptômes

Similaires à ceux eu la dernière fois

Type de comédons □ ouverts (points noirs) □ fermés (points blancs)

Localisation des lésions □ visage □ épaules □ dos □ tronc

Symptômes d'alarme

- kystes (lésions douloureuses) □ pustules (écoulement blanc) □ fièvre
- signes d'inflammation (enflure, rougeur) □ nodules (lésions palpables) □ douleurs musculaires
- différence des lésions depuis dernière fois □ changements au niveau de votre pilosité (poils ou cheveux)
- problèmes hormonaux (hirsutisme, alopecie, syndrome des ovaires polykystiques, autre)
- nouveau médicament (corticostéroïdes, lithium, phénytoïne, autres)

Traitement

- Adapalène 1 app HS : 0,1 % (Differin, crème/gel) 0,3% (Differin XP, gel)
- Tazarotène 1 app HS : 0,05 % (Tazorac) 0,1 % (Tazorac)
- Trétinoïne 1 app DIE-BID : Retin-A cr 0,01 %/0,025 %/0,05 %/0,1 % Retin-A Micro, gel 0,1 %/0,04 %
- Aczone 1 app locale BID : Dapsone 5 % gel
- Peroxyde de benzoyle 1 app DIE-BID : Benzagel 2.5- 20%
- Acide azélaïque 1 app DIE-BID : Finacea gel 15%
- Clindamycine topique 1 app DIE-BID : Dalacin T liquide topique 1%
- Clindamycine + PBO 1 app DIE : Clindoxyl 1 % + 5 % BenzaClin 1%+5% Clindoxyl ADV 1 % + 3 %
- Érythromycine + PBO 1 app DIE-BID : Benzamycin 3 % + 5 %
- Clindamycine + trétinoïne 1 app HS: Biacna, gel 1 % + 0,025 %
- Érythromycine 4 % + trétinoïne 1 app HS : Stievamycin, gel, 4 % + 0,01 % à 0,05 %
- Adapalène + PBO 1 app HS : TactuPump, gel 0,1 % + 2,5 % TactuPump Forte, 0,3 % + 2,5 %
- Érythromycine + avobenzon 1 app DIE-BID : Erysol gel

Autres produits en MVL : _____

Mesures non pharmacologiques

- maintenir l'hydratation adéquate de la peau;
- éviter l'application excessive de cosmétique; utiliser produits non comédogènes, sans huile, à base d'eau;
- éviter l'utilisation de produits irritants contenant des parfums ou des parabènes;
- nettoyer peau 2 fois par jour avec savon doux (attendre 10 à 15 minutes après avoir appliqué traitement);
- éviter d'utiliser lingettes nettoyantes contenant de l'alcool ou de l'acétone;
- s'assurer de bien rincer la peau après le nettoyage;
- utiliser un écran solaire non occlusif en tout temps;
- éviter de manipuler les lésions, éviter la friction;
- contrôler le stress (exacerbe l'acné).

Suivi de la pharmacothérapie

Une semaine après le début du traitement :

- Vérifiez tolérance. Modifiez posologie (espacant les applications) ou changez pour un agent moins irritant.

8 à 12 semaines après le début du traitement :

- Vérifiez tolérance et diminution des symptômes. S'il n'y a pas d'amélioration, confirmez l'adhésion du patient au traitement avant de référer au médecin.

Aphtes buccaux

Critères

- ≤ 5 années depuis dernier traitement prescrit par un autre professionnel

Symptômes

- Mineur: lésion petite, ronde ou ovale, douloureuse, définir, recouverte de pseudomembrane avec halo érythémateux, de moins de 1 cm, avec maximum 5 lésions
- Majeur: plus profond et nombreux, possible de plus de 1 cm, plus long à disparaître

Symptômes d'alarme

- Exclusion (Grossesse, Fumeur)
- Contact oral ou sexuel avec personne ayant mêmes symptômes
- Appareils orthodontique ou prothèses dentaires
- Candidose buccale actuelle (infection à champignons)
- Nombre d'épisodes au cours de la dernière année ≥ 6 épisodes
- Durée de la présence des symptômes ≥ 3 semaines
- Symptômes (difficulté importante à manger, boire ou avaler, impossibilité de voir la lésion, fièvre ou frissons, malaise général, diarrhée récurrente avec sang ou mucus, perte de poids, nouveaux problèmes de peau, anomalie de vision ou rougeur des yeux)
- Conditions suivantes (immunosuppression (VIH, cancer, greffe), tuberculose, maladie auto-immune (MII, lupus), diabète non contrôlé)
- Médicaments (bêta-bloqueurs, méthotrexate, morphine ou dérivés, anti-inflammatoire)

Traitement

Guérissent de manière spontanée en 7 à 14 jours, mais les traitements permettent de diminuer les symptômes.

- triamcinolone acétonide 0,1 % (Oracort) application en couche mince 3 à 4 fois par jour après repas et au coucher (aviser de possible candidose oropharyngée avec utilisation abusive ou prolongée)
- anesthésiques locaux (ex. : benzocaïne) en application topique 3 à 4 fois par jour. (soulage pour 20 à 45 minutes)
- analgésique systémique (acétaminophène ou ibuprofène)
- agent protecteur (Orabase) (soulage la douleur sans anesthésie)

Mesures non pharmacologiques

- éviter aliments entraînant de douleur (alcool, chocolat, épicés, acides, durs, salés ou difficiles à mâcher)
- maintenir une bonne hygiène buccale
- brosse à dents à poils souples et dentifrice sans lauryl-sulfate de sodium (augmente temps cicatrisation).
- mastiquer lentement, afin d'éviter de se mordre;
- éviter de se mordiller les joues;
- éviter les traumatismes buccaux (par exemple au moment du brossage des dents);
- gérer son stress;
- cire orthodontique (Butler, Gum) pour limiter agressions muqueuse (si appareil orthodontique mal ajusté);
- laisser fondre un glaçon sur l'ulcère;
- se gargariser avec eau salée (1 cuillerée à thé dans 250 ml d'eau), 3 à 4 fois par jour
- éviter d'utiliser un rinç-bouche à base d'alcool (augmente l'irritation);

Suivi de la pharmacothérapie

Effectuez un suivi après 7 jours

- Si amélioration des symptômes, avisez le patient de poursuivre le traitement pendant 7 jours additionnels ou jusqu'à ce que les lésions aient complètement disparu.
- Si détérioration des symptômes, vérifiez l'adhésion au traitement. Autrement, référez au médecin.

Candidose cutanée

Critères

- ≤ 5 années depuis dernier traitement prescrit par un autre professionnel

Symptômes

- plaque érythémateuses vives et macérées affectant la région des plis (inguinaux, axillaires, abdominaux)
- bordure irrégulière
- prurit
- zones d'humidité et de friction
- lésions satellites (à l'extérieur de la zone érythémateuse)
- lésions parfois luisantes et érosives

Facteurs d'exclusion

- infection étendue
- immunosuppression
- inflammation importante
- lésions très douloureuses
- mycose sévère et étendue chez patient diabétique
- lésion purulente, éruptions vésiculaires, cellulite
- modification d'apparence ou de l'étendue des lésions
- signes ou symptômes systémiques (présence d'infection secondaire)
- présence de pus, pustules ou croûtes jaunâtres (infection secondaire)

Traitement

Tout âge mais souvent chez personnes âgées ou nourrissons.

Facteurs de risques : obésité, humidité, incontinence, mauvaise hygiène, hyperhidrose, déficit immunitaire, diabète, VIH, malnutrition, etc, partage d'articles personnels

Véhicule : Crème (région desquamée non suintante), Onguent (lésions épaissies, hyperkératinisées)

- intertrigos (infections à candida): nystatine topique peut être utilisée, tendance à mieux répondre aux azoles qu'aux allylamines comme la terbinafine
 - azoles peuvent être considérés comme une alternative de traitement en cas d'échec à la terbinafine (traitement bien appliqué pour une durée de traitement suffisante).
 - éviter de continuer un traitement topique indéfiniment. Si aucune amélioration, il faut diriger le patient vers le médecin car le patient peut nécessiter un traitement systémique.
 - infections chroniques, étendues ou récidivantes ou chez patients immunosupprimés: traitement systémique (par voie orale) parfois privilégié, soit chez l'adulte fluconazole 150 mg une fois par semaine pendant quatre semaines.
 - éviter d'associer avec corticostéroïde topique puisque l'inflammation se résorbe habituellement après quelques jours de traitement (ajouter corticostéroïdes de faible puissance pour quelques jours (environ 4-5 jours) afin de diminuer plus rapidement l'intensité des symptômes inflammatoires si nécessaire).
- Miconazole 2% Appliquer BID sur lésions visibles et au pourtour x 2 semaines
 - Clotrimazole 1% Appliquer BID sur lésions visibles et au pourtour x 2 semaines
 - Kétoconazole 2% (KetodermMD crème) Appliquer DIE x 2 semaines
 - Nystatine (NyadermMD) 100 000Ui/g Appliquer BID sur lésions visibles et au pourtour x 2 semaines
 - Terbinafine (LamisilMD) 1% Appliquer BID sur lésions visibles et au pourtour x 1-2 semaines

Mesures non-pharmacologiques

- Application possible de crème barrière pour diminuer la composante de friction cutanée.
- Maintien de la prise en charge globale des facteurs contributifs modifiables dont le diabète et le surpoids.
- Avoir une bonne hygiène de base;
- Bien assécher la peau après le bain ou la douche;
- Favoriser les vêtements de coton qui absorbent l'humidité;
- Éviter la transpiration excessive;
- Éviter le partage d'articles personnels.

Suivi de la pharmacothérapie

Effectuez un suivi après 7 jours

- Si amélioration des symptômes, avisez le patient de poursuivre le traitement pendant 7 jours additionnels ou jusqu'à ce que les lésions aient complètement disparu.
- Si détérioration des symptômes, vérifiez l'adhésion au traitement. Autrement, référez au médecin.

Candidose orale

Critères

- ≤ 2 années depuis dernier traitement prescrit par un autre professionnel

Symptômes

- Dépôt blanchâtre sur une muqueuse érythémateuse (langue, palais, intérieur des joues, gorge)
- Sensibilité ou douleur dans la bouche ou aux commissures des lèvres qui s'aggravent lors de l'alimentation
- Dysphagie □ Odynophagie □ En grattant la plaque, présence d'un faible saignement
- Sensation floue dans la bouche ou perte de goût
- Érythème ou fissures avec douleur commissures labiales pouvant s'étendre jusqu'au sillon mentonnier

Facteurs d'exclusion

- Plaques blanches unilatérales sur la langue qui ne partent pas par grattage (leucoplasie)
- Traces de morsures ou blessures à l'intérieur des joues ou sur la langue
- Enflure aux gencives ou gonflement sous-maxillaire
- Intervention chirurgicale, blessure, trauma, coupure, brûlure ou problème buccodentaire les 2 dernières semaines
- Douleur buccale localisée ou unilatérale
- Candidose oesophagienne (fièvre, dysphagie ou odynophagie sévère, douleur épigastrique ou rétrosernale)
- Lésions herpétiques (autour des yeux ou génitale, lésions ulcéreuses ou vésiculeuses ou possibilité de brûlure)
- Stomatopyrose (sensation de brûlure soulagée lors de l'alimentation)

Facteurs de risque à rechercher

Antécédent de sécheresse buccale, diabète, VIH/SIDA, port de prothèses dentaires et usage de corticostéroïdes en inhalation pour diverses affections respiratoires.

Situations exigeant investigation supplémentaire (référence médicale):

- Présence ou apparition de fièvre en cours de traitement
- Aggravation des symptômes et des signes sept jours ou plus après le début du traitement
- Persistance des symptômes et des signes à la fin du traitement
- Récidive de candidose buccale moins d'un mois après un premier traitement

Traitement

Nystatine 100 000 U/ml (Grossesse et allaitement)

- Adulte 5 ml QID pendant au moins 2 minutes puis cracher ou avaler x 14 jours (suspension)
- Enfant 1 à 6 ml QID x 7 à 14 jours (suspension)

Fluconazole (dernier recours en grossesse)

- Adulte : ajuster selon la clairance 200 mg DIE x 7 à 14 jours
- Enfants : 6 mg par kg STAT + 3 mg par kg DIE x 7 à 14 jours

Mesures complémentaires

Fissures, craquèlement ou légers saignements aux commissures labiales ou au sillon labio-mentonnier (perlèche) :

- Appliquer QID x 14 jours nystatine (100 000 U/g), clotrimazole (crème 1%) ou miconazole (crème 2%)

Rougeurs sur les surfaces en contact avec les prothèses (palais ou gencives) :

- Appliquer QID nystatine (100 000 U/g ou U/ml), clotrimazole (crème 1%) ou miconazole (crème 2%) sur la surface des prothèses en contact avec la gencive pendant toute la durée du traitement antifongique.

Suivi de la pharmacothérapie

Effectuez un suivi après 7 jours

- Si amélioration des symptômes, avisez le patient de poursuivre le traitement pendant 7 jours additionnels ou jusqu'à ce que les lésions aient complètement disparu.
- Si détérioration des symptômes, vérifiez l'adhésion au traitement. Autrement, référez au médecin.

Candidose orale résultant d'inhalateur de corticostéroïdes

Critères

- ≤ 5 années depuis dernier traitement prescrit par un autre professionnel

Symptômes

- dépôt blancs sur les muqueuses (langue, palais, gorges)
- sensibilité et douleur
- difficulté à avaler (dysphagie)
- douleur lorsqu'on avale (odynophagie)
- perte de goût
- faible saignement si on gratte la plaque
- gerçure et douleur aux lèvres
- sensation floue (pâteuse)

Facteurs d'exclusion

- fièvre ou frissons
- malaise général
- douleur près de l'estomac (épigastrique)
- douleur sévère ou grande difficulté à avaler
- douleur qui remonte dans l'épaule (rétrosternale)
- lésions autour des yeux ou de la région génitale
- perte de poids inexplicée
- lésions ouvertes ou qui brûlent (ulcéreuse ou vésiculeuse)
- Nouveau-né
- xérostomie
- dénutrition
- radiothérapie
- chimiothérapie
- greffe cellules souches
- VIH
- cancer
- Médicaments : □ immunosuppresseurs ou antinéoplasiques
- corticostéroïdes inhalés
- > 6 épisodes au cours de la dernière année
- > 3 semaines depuis début des symptômes

Traitement

Formulations topiques (moins d'effets indésirables, d'interactions et coût, mais doit avoir un temps de contact suffisant, malgré le goût désagréable, et pendant au moins 2 jours après la disparition des symptômes)

Nystatine 100 000 U (Grossesse et allaitement)

- Adulte 5 ml QID pendant au moins 2 minutes puis cracher ou avaler x 14 jours (suspension)
- Enfant 1 à 6 ml QID x 7 à 14 jours (suspension)

Formulations orales (fluconazole possible, itraconazole en solution orale comme alternative car mieux absorbée et effet local aditif, mais doit être prise à jeun comparativement aux comprimés en mangeant)

Fluconazole (dernier recours en grossesse)

- Adulte : ajuster selon la clairance, 200 mg STAT ou 100 mg DIE x 5 à 14 jours
- Enfants : 6 mg par kg STAT + 3 mg par kg DIE x 7 à 14 jours

Itraconazole (éviter en grossesse et en allaitement)

- Adulte 100-200 mg DIE x 7 à 14 jours

Mesures non pharmacologiques

- rincer la bouche après l'usage du corticostéroïde inhalé;
- utiliser une chambre d'espacement pour l'administration des pompes de corticostéroïde inhalé (utiliser une nouvelle chambre tous les 12 à 24 mois si utilisée quotidiennement);
- désinfecter dentiers et appareils orthodontiques tous les jours pendant l'infection
- changer la brosse à dents dès la résolution de l'infection;
- éviter les aliments sucrés (ex. : miel et jus) qui favorisent la croissance des champignons.

Suivi de la pharmacothérapie

Effectuez un suivi 3 à 4 jours après le début du traitement

- Si amélioration des symptômes, avisez le patient de poursuivre le traitement
- Si détérioration des symptômes, vérifiez l'adhésion au traitement. Autrement, référez au médecin

Effectuez un second suivi à la fin du traitement

- Si disparition complète des symptômes, avisez le patient que son traitement est terminé et rappelez-lui certaines informations concernant l'utilisation de son corticostéroïde inhalé afin de prévenir un prochain épisode.
- Si les symptômes sont encore présents, référez au médecin.

Cessation tabagique (TRN)

Évaluation

- ☐ Fumeur depuis combien d'années : _____
- ☐ Temps Levé et 1ère cigarette (< 30 min): _____
- ☐ Nombre de cigarettes par jour (si >20) : _____
- ☐ Essai antérieur : _____
- ☐ Raison actuelle de cesser : _____
- ☐ Raison de rechute dans le passé : _____
- ☐ Déclencheur de l'usage du tabac : _____
- ☐ Importance d'arrêter de fumer sur une échelle de 1 à 10 : _____
- ☐ Confiance en succès de la tentative sur une échelle de 1 à 10 : _____

Facteurs d'exclusion

Considérer la prise de certains médicaments (clozapine, diazépam, oestrogène, méthadone, nifédipine, warfarine, olanzapine, théophylline, insuline, chlorpromazine, bêta-bloqueurs, caféine)

TRN : allergie diachylons, maladie (psoriasis, eczéma, bucco-dentaire, bronchique), intolérance menthol, dentiers/ partiel/ couronne, grossesse et allaitement, < 18 ans (monographies indiquent que contre-indiquées mais experts recommandent), MPOC/asthme (vaporisateur), IM ou AVC 2 dernières sem, arythmie sévère, angine sévère ou de novo

Traitement

Recommander d'appeler à la ligne 1 866 JARRÊTE (527-7383). Symptômes neuropsychiatriques graves peuvent apparaître chez patients avec ou sans traitement (anxiété, dépression, idées suicidaires, agitation...)

Timbres (max 12 semaines, Nicoderm ou Habitrol)

- ☐ Timbres Étape 1 - 21 mg x ____ sem R=____
- ☐ Timbres Étape 2 - 14 mg x ____ sem R=____
- ☐ Timbres Étape 3 - 7 mg x ____ sem R=____

Gommes : ☐ 1 gomme (2 mg) q 1-2hr PRN (max 30 par jour) ☐ 1 gomme (4 mg) q 1-2hr PRN (max 20 par jour)

Thrive® 108 morceaux. (PPB 4 mg) ☐ Cool à la menthe ☐ Menthe verte ☐ Fruit

Nic-Hit® (5x15) morceaux. (NON RAMQ) ☐ Menthe Givrée ☐ Menthe glacée

Nicorette® 105 morceaux ☐ Menthe ☐ Cannelle ☐ Fruit

Pastilles : ☐ 1 pastille (1 mg) q 1-2hr PRN (max 15 par jour) ☐ 1 pastille thrive (2 mg) q 1-2hr PRN (max 15 par jour)

Thrive® 108 morceaux (PPB) ☐ Menthe

Nic-Hit® 20 morceaux ☐ Menthe ☐ Orange

Nicorette® 96 morceaux (NON RAMQ) ☐ Menthe

Inhalateur : ☐ 1 inhalation fréquemment si besoin sur 20 minutes (maximum 16 cartouches par jour)

Nicorette®. 42 cartouches (NON RAMQ) Inhaler cartouche fréquemment sur 20 minutes. (maximum 12 cartouche par jour)

Vaporisateur : ☐ Vaporiser sous la langue si envie de fumer. Max. 4 vaporisation par heure.

Nicorette Vapo éclair. 150 doses. (NON RAMQ) Vaporiser sous la langue si envie de fumer. Max.

4 vaporisation par heure. ☐ Menthe ☐ Baies

Nic-Hit 1-2 mg. (NON RAMQ) Vaporiser sous la langue si envie de fumer. Max. 4 vaporisation par heure. ☐ Menthe ☐ Orange

Suivi de la pharmacothérapie

1 à 4 semaines après la date d'arrêt (évaluer le statut tabagique et la tolérabilité au sevrage et aux effets indésirables)

RAMQ : 12 semaines consécutives de traitement (84 timbres, mais possible de demander prolongation). (si varénicline 12 semaines supplémentaires possible) appeler 1 888 883-7427 afin de faire "débloquer" le remboursement.

Possible de réclamer 2 évaluation par année de cessation tabagique si pas le même médicament prescrit

Cessation tabagique (thérapie orale)

Évaluation

- ☐ Fumeur depuis combien d'années : _____
- ☐ Nombre de cigarettes par jour (si >20) : _____
- ☐ Raison actuelle de cesser : _____
- ☐ Raison de rechute dans le passé : _____
- ☐ Déclencheur de l'usage du tabac : _____
- ☐ Importance d'arrêter de fumer sur une échelle de 1 à 10 : _____
- ☐ Confiance en succès de la tentative sur une échelle de 1 à 10 : _____
- ☐ Temps Levé et 1ère cigarette (< 30 min): _____
- ☐ Essai antérieur : _____

Facteurs d'exclusion

Considérer la prise de certains médicaments (clozapine, diazépam, oestrogène, méthadone, nifédipine, warfarine, olanzapine, théophylline, insuline, chlorpromazine, bêta-bloqueurs, caféine)

Champix ou varénicline : Hypersensibilité, Grossesse ou allaitement, < 18 ans, Maladie psychiatrique instable, Augmentation effets alcool, Clcr < 30 ml/min : ajustement, Clcr < 10ml/min : non recommandé

Zyban ou bupropion : Trouble convulsion ou ATCD, boulimie ou anorexie, grossesse ou allaitement, < 18 ans, Antécédents de traumatisme crânien, Tumeur SNC, Insuffisance hépatique sévère, Surconsommation excessive d'alcool; dépendance aux opiacés, à la cocaïne ou aux stimulants

Traitement

Recommander d'appeler à la ligne 1 866 JARRÊTE (527-7383). Symptômes neuropsychiatriques graves peuvent apparaître chez patients avec ou sans traitement (anxiété, dépression, idées suicidaires, agitation...)

Varénicline : ☐ 0.5 mg DIE x 3 jours, 0.5 mg BID x 4 jours, puis ____ mg BID x 12 sem

Taux d'abandon plus élevés, thérapie doit être adaptée aux besoins et préférences. (possibilité de faire 0.5 ou 1mg) Cessation tabagique : 1-2 semaines suivant l'initiation du traitement (max : 35 jours) OU Abandon graduel: patient réduit pour atteindre arrêt total 12ième semaine. Réduction de 50% à la 4ième semaine, de 75% à la 8ième semaine pour atteindre 100% à la 12ième semaine. Certains experts suggèrent que les patients qui optent pour cette approche doivent être traités pendant 24 semaines.

Bupropion : ☐ 150mg DIE x 3 jours, puis 150mg ____ DIE ou BID ____ x 12 sem

DIE peut-être suffisante pour certains patients si mal tolérée ou personnes âgées ou insuffisance hépatique/rénale sévère Cessation tabagique: 1-2 semaines suivant l'initiation du traitement (ne pas considérer 12 semaines supplémentaires car les bénéfices sur les risques de rechute n'ont pas été démontrés)

Suivi de la pharmacothérapie

1 à 4 semaines après la date d'arrêt (évaluer le statut tabagique et la tolérabilité au sevrage et aux effets indésirables)

RAMQ : 12 semaines consécutives de traitement (84 timbres, mais possible de demander prolongation). (si varénicline 12 semaines supplémentaires possible) appeler 1 888 883-7427 afin de faire "débloquer" le remboursement.

Possible de réclamer 2 évaluation par année de cessation tabagique si pas le même médicament prescrit

Conjonctivite allergique

Critères

- ≤ 5 années depuis dernier traitement prescrit par un autre professionnel

Symptômes

- hyperémie conjonctivale bilatérale et diffuse
- larmoiement clair et mucoïde
- sensation de brûlure légère ou irritation
- symptômes allergiques nasaux
- démangeaisons ou prurit
- allergies saisonnières
- allergie à un allergène autre

Facteurs d'exclusion

- enfants de < 3 ans
- corps étranger
- lentilles de contact
- nausées ou vomissements
- irritants chimiques
- malaise général
- rougeur autour paupière
- douleur autour de l'oeil
- sécrétions purulentes au niveau des yeux
- fièvre ou frissons
- maux de tête sévères
- vision anormale (brouillé ou halo)
- inconfort à la lumière
- symptômes dans un seul oeil

Traitement

Antihistaminique oral

- Bilastine (Blexten) 20 mg DIE
- Cétirizine (Reactine) 5-20 mg DIE (5-10 mg DIE (personnes âgées), 2 à 6 ans: 2,5mg DIE-BID, > 6 ans: 5 -10 mg DIE)
- Chlorphéniramine (Chlortripolon) 16-24 mg/ jour (enfants : 0,35mg/kg/jour (q4-6h))
- Cyproheptadine (Périactin) 4 mg TID ad 32 mg/jour
- Desloratadine (Aérior) 5mg DIE (2-5 ans: 1,25 mg DIE, 6-11 ans: 2,5mg DIE)
- Diphénhydramine (Bénadryl) 25-50 mg aux 4 à 6 heures (enfants 1,25mg/kg/dose QID)
- Fexofénadine (Allegra) 60 mg BID ou 120mg DIE
- Hydroxyzine (Atarax) 25-100 mg T-QID (enfants 0,25-0,67 mg/kg/dose)
- Loratadine (Claritin) 10 mg DIE (≥ 2 ans ≤30kg : 5 mg DIE, >30kg : 10 mg DIE)
- Prométhazine (Phenergan) 10-12,5mg QID Max: 150 mg / jour
- Rupatadine (Rupall) 10 mg DIE (2-12 ans 10-25 kg : 2,5 mg DIE, > 25 kg : 5 mg die, 12-18 ans:10 mg DIE)

Antihistaminique topique *

- Bepotastine (Bepreve) : Enfants >2 ans et adultes : 1 goutte BID
- Cromoglycate-opht (Opticrom) : Enfants >4 ans et adultes : 1-2 gouttes 4 à 6 fois par jour
- Ketotifène-opht (Zaditor) : Enfants ≥ 3 ans et adultes : 1 goutte aux 8 à 12 heures
- Lodoxamide-trométhamine (Alomide) : Enfants >4 ans et adultes : 1-2 gouttes QID
- Nedocromil-opht (Alocril) : Enfants ≥ 3 ans et adultes : 1-2 gouttes BID
- Olopatadine (Patanol) : Enfants ≥ 3 ans et adultes : 1-2 gouttes BID
- Olopatadine (Pataday) : ≥18ans : 1 goutte DIE

Stabilisateur des mastocytes ophtalmique *

- Cromoglycate ophtalmique (Opticrom) : 1-2 gtt 4 à 6 fois par jour

Vasoconstricteur ou décongestionnant ophtalmique pour 3 à 5 jours

(*enlever lentilles cornéennes avant et attendre > 10 minutes avant de réinsérer. éviter lentilles si yeux encore rouges.)

Mesures non pharmacologiques

- Éviter l'allergène, Éviter de se toucher inutilement les yeux
- Appliquer des compresses d'eau froide
- Utilisation de gouttes ophtalmiques hydratantes

Suivi de la pharmacothérapie

Antihistaminiques : effectuez un suivi après 3 jours, Stabilisateurs des mastocytes : effectuez un suivi après 14 jours

- si amélioration des symptômes, avisez le patient de poursuivre le traitement pour la période des allergies;
- si détérioration des symptômes, vérifiez l'adhésion au traitement. Autrement, référez au médecin.

Contraception hormonale

Évaluation

Âge (≥ 14 ans) Poids : _____ Taille : _____ IMC (calculé par pharmacien, ≥ 30) : _____

- ☐ Tabac
- ☐ Grossesse ou < 6 semaines post-partum
- ☐ Saignements vaginaux inexpliqués
- ☐ Hypertension artérielle nouvelle (≥ 140/90 mmHg) ou hypertension artérielle maîtrisée par un médicament.
- ☐ Diabète accompagné de rétinopathie, de néphropathie ou de neuropathie.
- ☐ Thrombose : ATCD TVP, thrombophilie, EP, anticoagulothérapie. ATCD parent 1er degré (père, mère, frère, soeur).
- ☐ Problèmes cardiaques : Cardiopathie ischémique, ATCD AVC, Cardiopathie valvulaire compliquée.
- ☐ Migraine avec aura ou accompagnée de symptômes neurologiques.
- ☐ ATCD personnels de cancer du sein ou cancer du sein actuel.
- ☐ Lupus érythémateux.
- ☐ Hépatite aiguë, cirrhose grave, affection vésiculaire symptomatique, ATCD choléstase sous CHC. Tumeur hépatique
- ☐ ATCD pancréatite ou hypertriglycéridémie.
- ☐ Opération chirurgicale majeure avec immobilisation prolongée.
- ☐ Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament.
- ☐ Utilisation de médicaments ou de substances pouvant interagir (Anticonvulsivants (carbamazépine, oxcarbazépine, primidone, topiramate, phénobarbital, phénytoïne, lamotrigine), Antirétroviraux (amprénavir, atazanavir, lopinavir, indinavir, nelfinavir, ritonavir, saquinavir), antibiotiques (rifampicine, rifabutine), autre (millepertuis))
- ☐ Anomalie structurelle du vagin (sténose vaginale, anomalie structurelle du vagin, prolapsus utéro-vaginal)
- ☐ Trouble cutané généralisé (eczéma, psoriasis, ...)

Démarche

Prise antérieure de contraceptif : _____ Préférences : _____

- ☐ Difficulté à vous rappeler de prendre un comprimé par jour

Traitement

- ☐ CHC (chaque jour)

Alesse, Marvelon, Yaz (ou générique), ...

21 jours: Prendre 1 comprimé par jour pendant 21 jours consécutifs, puis arrêter 7 jours au maximum.

28 jours: Prendre 1 comprimé par jour pendant 28 jours consécutifs (21 actifs et 7 placebo)

91 jours: Prendre 1 comprimé par jour pendant 91 jours consécutifs (84 actifs et 7 placebo)

- ☐ Timbre à appliquer sur la peau (chaque semaine)

Evra 3 timbres : Appliquer un timbre par semaine durant 3 semaines, suivi d'une période d'arrêt d'une semaine au maximum.

- ☐ Anneau vaginal (chaque mois)

Nuvaring 1 anneau : Insérer dans le vagin pendant 3 semaines, puis retirer pendant une période de 7 jours au maximum;

- ☐ Injection par infirmière (chaque 12 semaines)

Injection de Depo-Provera (150mg IM q 12 semaines) : Acétate de médroxyprogestérone 150 mg IM tous les 3 mois.

- ☐ Progestatif seul

Micronor (ou générique) : Prendre 1 comprimé par jour à la même heure pendant 28 jours consécutifs.

Mesures non pharmacologiques

Dès la remise du contraceptif, le pharmacien doit informer la patiente de rapidement consulter un médecin si elle présente l'un des signes et symptômes suivants, puisqu'ils constituent une urgence médicale :

- douleurs abdominales sévères;
- douleurs thoraciques sévères pouvant être accompagnées de toux, dyspnée et douleur s'exacerbant à la respiration;
- céphalées sévères, avec ou sans étourdissements, de sensations de faiblesses, d'engourdissements latéralisés ou non;
- problèmes de vision (perte de vision, vision embrouillée latéralisée ou non), trouble du langage;
- douleur sévère dans un membre inférieur (cuisse ou mollet).

Suivi de la pharmacothérapie

Effectuez un suivi 4 semaines après le début du contraceptif, pour dépister les femmes qui n'auraient pas eu une menstruation normale et pour l'aider à gérer les effets indésirables s'il y a lieu, puis à chaque renouvellement.

- vérification d'un épisode de menstruation normale
- effets indésirables (saignements anormaux, nausées, vomissements, mastalgie, céphalées, etc.)?
- adhésion au traitement? Sinon, discutez et au besoin évaluez une autre formulation (injection IM, timbre, anneau).

Contraception hormonale d'urgence

Évaluation

Âge (≥ 14 ans) Poids : _____ Taille : _____ IMC (calculé par pharmacien, ≥ 30) : _____

☐ Délai depuis la RSNP < 5 jrs (120 hrs)

☐ Enceinte présentement ou Soupçon de grossesse (retard, nausées, seins sensibles, ...)

Date début des dernières menstruations (DDM) : _____ Durée des menstruations : _____

Caractéristique de la dernière menstruation (durée, abondance, saignements) : ☐ normale ☐ anormale

Longueur habituelle des cycles menstruels : _____

Cycles menstruels : ☐ réguliers ☐ irréguliers

Date et heure de la dernière relation sexuelle non protégée : _____

Contraception utilisée habituellement : _____

☐ Autres RSNP dans les derniers 7 jours

☐ Relation avec un partenaire irrégulier

☐ Risque d'ITSS

☐ Contexte de violence

Raison(s) de la demande de contraception d'urgence :

☐ Aucune contraception

☐ Glissement, rupture ou fuite d'un condom ou problème avec une méthode barrière.

☐ Coït interrompu ou éjaculation vagin ou parties externes des organes génitaux

☐ Déplacement du diaphragme ou cape cervicale

☐ Erreur ou problèmes à l'utilisation d'un contraceptif

☐ Mauvais calcul de la période fertile lors de l'utilisation de méthodes naturelles

☐ Vomissements d'un comprimé de COU < 3 heures après la prise et non repris

☐ Expulsion ou retrait du stérilet à la moitié du cycle

☐ Comprimés (Alesse, Marvelon, ..) : Oubli ≥ 1 co à 1e semaine, Oubli ≥ 3 co dans 2-3e semaine du cycle, Arrêt > 7 jours

☐ Micronor : Retard > 3h, Oubli d'1 co ou + à tout moment du cycle

☐ Timbre (Evra) : Décollement > 24h dans 1e semaine, > 72h dans 2-3e semaine, Arrêt > 7 jours

☐ Anneau vaginal (Nuvaring) : sorti > 3h dans 1e semaine, > 72h dans la 2-3e semaine, Arrêt > 7 jours

☐ Dépot-provera: retard > 2 semaines

☐ COU en prévention d'une situation particulière (ex: voyage, rx tératogène, etc.)

Démarche

IMC < 25, < 72 hrs de la RSNP, prise de CHC régulière => **Levonorgestrel**

- CHC peut être débutée le jour de l'utilisation de la COU ou le jour suivant.
- Contraception d'appoint pendant les 7 premiers jours d'utilisation du contraceptif hormonal.

IMC ≥ 25, ≥ 72 heures, Autre => **Ulipristal**

- Possible interaction CHC (compétition pour les mêmes récepteurs) pouvant diminuer l'efficacité de l'ulipristal ou de la contraception hormonale. Débuter CHC 5 jours APRÈS la prise d'ulipristal. Utiliser contraception d'appoint pendant 5 jours avant la CHC, puis pour 7 premiers jours suivant.

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/Outil_Contraception-orale-durgence_VF.pdf

Traitement

☐ Lévonorgestrel 1.50 mg PO STAT

☐ Ulipristal 30 mg PO STAT

☐ Diriger vers MD pour Stérilet de cuivre

Conseil

COU ne déclenche pas les menstruations

Test de grossesse AVANT la COU si: DDM > 4 semaines, Dernières menstruations anormales, Suspicion de grossesse

Référer si: Grossesse présente, Risque d'ITSS, Agression sexuelle => urgence

Ne pas avoir de relation sexuelle non-protégées après la COU pour assurer l'efficacité

Test de grossesse si pas de menstruation après 21 jours

Suivi de la pharmacothérapie

Efficacité

- Retour des menstruations +/- au moment attendu
- Test de grossesse APRÈS la COU si : > 21 jours sans menstruations, Menstruations anormales, Suspicion de grossesse

Début de la contraception après la COU

- Next Choice : COC, timbre, anneau, progestatif : Jour même ou le lendemain et utiliser condom x 7 jours
- Ella : Débuter 5 jours après la COU et utiliser condom jusqu'à 19 jours après la COU

Dermatite atopique (eczéma)

Critère

- Âge ≥ 2 ans
- ≤ 5 années depuis dernier traitement prescrit par un autre professionnel

Symptômes

- prurit □ érythème, gerçure □ érythème en placard mal définis avec squames et excoriation
- présence de papules et de suintement en aigu □ xérodermie pancorporelle

Enfants : fléchisseurs et plis cutanés dans les coudes et les genoux, du contour de la bouche, des joues et des paupières

Adultes : visage, cou, haut du tronc, mains et pieds.

Facteurs d'exclusion

- Enfant ≤ 2 ans (fragilité de la barrière cutanée)
- Personne itinérante, toxicomane ou alcoolique
- Endocrinopathie (ex. : syndrome de Cushing)
- Maladies vasculaires périphériques (insuffisance veineuse ou troubles vasculaires)
- Conditions favorisant risque accru d'absorption (saignement, trauma)
- Modification de la présentation des lésions depuis la prescription initiale de traitement.
- Immunosuppression (ou diabète non contrôlé)
- Sous-alimentation
- Symptômes d'hypothyroïdie (contrôle de TSH requis)

Signaux d'alarme

- contact récent avec plante, substance chimique, ou nouveau médicament
- brûlure ou blessure ouverte
- lésions sur $< 30\%$ de la surface
- lésions récurrentes non associées temporellement
- présence de bulles sur les lésions
- saignement au niveau des lésions
- atteinte sur les paumes des mains et des pieds
- signes d'infection (pus, chaleur, douleur, fièvre)
- présence de sillon avec démangeaison
- douleur au niveau des lésions
- nouvelles lésions sur le visage
- lésions autour des yeux, muqueuse ou des organes génitaux

Traitement

□ Désonide	0,05%	Desocort, Tridesilon, Verdeso	Faible: C/L/M/P
□ Fluocinolone acétonide	0,01%, 0.025%	Capex, Dermasmooth/FS, Synalar	Faible: H/N/SH, Moyenne: P
□ Hydrocortisone acétate	0,5%, 1%, 2.5%	Hyderm, Cortate, Émocort	Faible: C/L/P
□ Triamcinolone acétonide	0,025%	Aristocort DMC TriadermMC	Faible: C
□ Béclo méthasone dipropionate	0,5%	Disprosonemc	Moyenne: L, Élevée: C/P
□ Bétaméthasone valérate	0,05%, 0.1%	Celestoderm V/2, Celestoderm V	Moyenne: C/L/P, Moyenne: C/L/S
□ Clobétasone butyrate	0,05%	Spectro Eczema CareMC	Moyenne: C
□ Diflucortolone valérate 0,1 %		Nerisone	Moyenne: CH/P
□ Hydrocortisone valérate	0,2%	Hydroval, Westcort	Moyenne: C/P
□ Mométasone Furoate	0,1%	Elocom	Moyenne: C/L, Élevée: P
□ Prednicarbate 0,1%		Dermatop	Moyenne: C/P
□ Triamcinolone acétonide	0,1%	Aristocort R	Moyenne: C/P
□ Amcinonide	0,1%	Cyclocort	Élevée: C/L/P
□ Béthaméthasone dipropionate	0,05%	Diprolène	Élevée: C, Très élevée: L/P
□ Bétaméthasone valérate	0,12 %	Luxiq	Élevée: M
□ Clobétasol propionate 0,05%		Clobex, Dermovate	Très élevée: C/L/M/N/S/SH
□ Désoximétasone	0,05%	Topicort doux	Élevée: C/G
□ Désoximétasone	0,25%	Topicort	Élevée: C/P
□ Fluocinonide	0,05%	Lyderm Lidex Topactin	Élevée: C/G/P
□ Halobétasol propionate	0,05%	Ultravate	Très élevée: C/P
□ Triamcinolone acétonide	0,5%	Aristocort C	Élevée: C

Suivi de la pharmacothérapie

Effectuez un suivi après 7 jours de traitement

- Si amélioration, discutez des mesures non pharmacologiques et avisez le patient de poursuivre l'application d'un émollient non irritant ou d'un produit de réparation de la barrière cutanée au moins BID (thérapie de maintenance).
- S'il y a amélioration, mais qu'il y a une intolérance locale (irritation, sensation de brûlure lors de l'application, etc.) un essai avec une formulation différente ou un autre agent de puissance égale ou inférieure pourrait être tenté (ce genre de réaction est souvent liée aux excipients).
- Si détérioration, vérifiez l'adhésion au traitement. Autrement, référez au médecin.

Dermatite de contact (allergique)

Symptômes

- Érythème
- Prurit
- Ampoules suintantes ou croutées
- Papules écailleuses
- Plaques excoriées, lichénifiées ou suintantes
- Région bien délimitée
- Historique de contact avec un allergène ou un irritant (solvants, acides, savons, détergents, eau, vêtements, plantes, composés métalliques, colorants, cosmétiques et parfums, médicaments topiques, textiles, latex)
- Implication fréquente des mains, du visage ou des paupières

Signaux d'alarme

- Aucune amélioration des symptômes après 3 semaines de traitement
- Lésions sur plus de 30% du corps
- Signes d'infection
- Douleur importante
- Fièvre
- Diarrhée
- Trouble du sommeil associé à la condition
- Atteinte des yeux, des muqueuses ou des organes génitaux
- Saignements cutanés importants
- Difficulté respiratoire si allergène inhalé
- Lésions prurigineuses et présence de sillons (suspicion de gale)

Traitement

Puissance légère à modérée

□ Mométasone Furoate	0,1%	Elocorn	Moyenne: C/L, Élevée: P
□ Prednicarbate	0,1%	Dermatop	Moyenne: C/P
□ Triamcinolone acétonide	0,1%	Aristocort R	Moyenne: C/P
□ Hydrocortisone valérate	0,2%	Hydroval, Westcort	Moyenne: C/P
□ Béclo méthasone dipropionate	0,5%	Disprosone	Moyenne: L, Élevée: C/P
□ Bétaméthasone valérate	0,05%, 0,1%	Celestoderm V/2, Celestoderm V	Moyenne: C/L/P, Moyenne: C/L/S
□ Clobétasone butyrate	0,05%	Spectro Eczema CareMC	Moyenne: C
□ Désonide	0,05%	Desocort, Tridesilon, Verdeso	Faible: C/L/M/P
□ Diflucortolone valérate 0,1 %		Nerisone	Moyenne: CH/P
□ Fluocinolone acétonide	0,01%, 0,025%	Capex, Dermasmooth/FS, Synalar	Faible: H/N/SH, Moyenne: P
□ Hydrocortisone acétate	0,5%, 1%, 2,5%	Hyderm, Cortate, Émocort	Faible: C/L/P
□ Triamcinolone acétonide	0,025%	Aristocort D Triaderm	Faible: C

Dose d'application des corticostéroïdes topiques selon de FTU (finger tip unit), soit la longueur d'une phalange x 5 mm de largeur
Visage : 2.5 FTU, Tronc : 7 FTU, Dos : 7 FTU, Bras : 3 FTU, Main : 1 FTU, Jambe : 6 FTU, Pied : 2 FTU

Mesures non pharmacologiques

- Éviter les allergènes
 - Cuir chevelu: colorants capillaires, shampooings, etc.
 - Visage: produits cosmétiques ou transfert involontaire d'allergènes au visage tels les vernis à ongle
 - Cou et zone périphérique: parfums et produits hydratants
 - Tronc et aisselle (zone d'aggravation car frottement et contact prolongé): teintures des vêtements ou type de textile
 - Zone de la ceinture: caoutchouc des ceintures élastiques
 - Près et autour des orifices: parfums, des détergents ou des agents de conservation dans les produits d'hygiène
 - Zone des pieds: produits chimiques des chaussures et semelles
 - Zones photo-exposées: contact potentiellement photoallergique si associé à exposition solaire
 - Mains: Gants de latex (y penser si professionnel de la santé ou entretien ménager)
- Compresses d'acétate d'aluminium (Burosol®, Dermaburo®), lotions à la calamine, crèmes ou bains à base de farine d'avoine colloïdale peuvent être utiles pour diminuer le prurit et l'inconfort présents dans une dermatite de contact aiguë.

Suivi de la pharmacothérapie

Effectuer un suivi à 7 jours. Une amélioration des lésions devrait avoir débuté. Référer tout patient n'ayant aucune amélioration.

Diarrhée du voyageur

Évaluation

Pays visité? : _____ Durée du voyage : _____ Type : tout inclu, hors des sentiers touristique, excursions

- ☐ Voyage hors des circuits touristiques
- ☐ Présence de jeunes enfants ou adultes de 15 à 30 ans
- ☐ Prise d'un inhibiteur de la pompe à proton

Conditions du patient

- ☐ VIH ☐ Prise d'immunosuppresseurs ☐ Cancer ☐ Greffe
- ☐ Crise cardiaque depuis < 3 mois ou angine instable ☐ Grossesse au 3e trimestre ou multiple
- ☐ Maladie chronique sévère (insuffisance cardiaque ou rénale sévère) ☐ Anticoagulation récente (< 3 mois) ou INR instable
- ☐ Maladie chronique non contrôlées (Diabète, Hypertension, Maladie inflammatoires de l'intestin)

Démarche

Risque faible : Canada, États-Unis, Australie, Nouvelle Zélande, Japon, pays de l'Europe du nord et de l'ouest.

Risque modéré (8 à 15%) : pays de l'Europe de l'est, de l'Afrique du Sud et la plupart des îles des Caraïbes.

Risque élevé (15-70%) : Asie (Bangladesh, Bhoutan, Birmanie, Brunei, Cambodge, Chine, Inde, Indonésie, Laos, Macao, Malaisie, Myanmar, Népal, Philippines, Sri Lanka, Taïwan, Thaïlande, Timor oriental, Vietnam. à l'exception de Singapour), Moyen-Orient, Afrique, Mexique, Haïti, République Dominicaine, Amérique centrale et Amérique du sud.

Mesures non pharmacologiques

Surveillance des symptômes et initiation du traitement si :

- minimum 3 selles non formées en 24 heures, nausées (10-70%), vomissements (3-20%), crampes musculaires (30-60%), douleurs abdominales ou ténésmes (80%), mucus ou sang dans les selles (5-15%), fièvre en général > 38,3 C (10-30%)

Consulter un médecin si :

- diarrhée sans amélioration après 36 heures, vomissements sévères après 12 heures, signes de déshydratation, fièvre > 38,5 C, confusion, diarrhée chronique.

Traitement

Asie du sud-est et Inde : Azithromycine

Autre que Asie du sud-est et Inde : Azithromycine ou Cefixime

Cesser traitement si symptômes disparaissent avant fin du traitement de 3 jours

- ≥ 16 ans** ☐ Azithromycine 500 mg DIE x 3 jrs
- < 16 ans** ☐ Azithromycine 5 à 10 mg/kg DIE x 1-3 jrs (max 500 mg)
- ☐ Cefixime 8 mg/kg DIE x 3 jours (max 400 mg)

Traitements adjuvants

Sels de réhydratation pour prévenir la déshydratation

- ☐ Gastrolyte utiliser si épisode de diarrhée au cours de leur voyage (original est remboursé par les assurances)

Antidiarrhéique si symptômes bénins (si diarrhée, mais absence de sang ou de pus dans les selles ou encore de fièvre)

- ☐ Lopéramide 4 mg PO STAT (2 co) puis 2 mg (1co) PO après chaque selle molle (max 16 mg par jour ou 8 co et max 48 heures). (compatible avec allaitement et grossesse si courte période, non recommandé si < 12 ans, contre-indiqué si < 2ans)
- ☐ Pepto-bismol 524 à 1048 mg q30-60 min PRN (max 4.2 g par jour) peu recommandé

Dysménorrhée primaire

Critères

- ≤ 2 années depuis dernier traitement prescrit par un autre professionnel

Symptômes

- douleur au dessus du pubis sous forme de crampe
- symptômes au moment ou quelques heures avant le début des règles
- persistance des symptômes pour 2 à 3 jours suivant le début des règles
- symptômes systémiques (fatigue, nausées, vomissements, diarrhée, douleur au dos, au cou, mal de tête, étourdissement)

Facteurs d'exclusion

- douleur pendant toute la durée des règles ou persistant après règles
- douleur lors des relations sexuelles
- douleur au rectum ou saignement rectal
- incapacité à accomplir vos activités quotidiennes
- écoulements vaginaux anormaux ou nauséabonds
- saignement utérin anormal entre les menstruations
- insertion d'un stérilet dans les 6 derniers mois (tx actuel seulement)
- endométriose
- douleur abdominale sur les côtés de l'abdomen
- menstruations anormales
- accouchement récent
- fièvre ou frissons
- malaise général
- saignement lors de rapport sexuels
- nouveau partenaire sexuel
- maladie pelvienne inflammatoire

Traitement

Forme orale privilégiée, si vomissement, formulation en suppositoire à suggérer.

- Celecoxib (Celebrex) : 400 mg STAT puis 200 mg BID x 2 à 3 jours (max 400 mg par jour)
- Diclofénac (Voltaren) : 100 mg STAT puis 50 mg q6-8h x 2 à 3 jours (max 200, puis 100 mg par jour)
- Acide méfénamique : 500 mg STAT puis 250 mg q6h x 2 à 3 jours (max 1000 mg par jour)
- Indométhacine : 25 mg TID x 2 à 3 jours (max 200 mg par jour)
- Ibuprofène (Motrin) : 400 à 600 mg q6h ou 800 mg q 8hr x 2 à 3 jours (max 3200 mg par jour)
- Kétoprofène : 25-50 mg TID-QID x 2 à 3 jours (max 50 par dose ou 300 mg par jour)
- Naproxène : 500 mg STAT, puis 250 mg q6-8h ou 500 mg BID x 2 à 3 jours (max 1250 mg par jour)
- Naproxène EC : 500 mg STAT, puis 250 mg q6-8h ou 500 mg BID x 2 à 3 jours (max 1250 mg par jour)
- Naproxène sodique (Anaprox) : 550 mg STAT, puis 275 mg q6-8h ou 500 mg BID x 2 à 3 jours (max 1650 mg par jour)
- Flurbiprofène (Ansaid) : 50 mg QID x 2 à 3 jours (max 300 mg par jour)

Mesures non pharmacologiques

En plus d'un traitement anti-inflammatoire, certaines mesures non pharmacologiques peuvent être suggérées, bien qu'aucune donnée probante n'existe quant à leur efficacité:

- application topique de chaleur ou bain chaud;
- pratique régulière d'activité physique;
- abandon du tabagisme (le tabagisme augmente la douleur menstruelle);
- relaxation, yoga.

Suivi de la pharmacothérapie

Effectuez un suivi après 2 à 3 jours et lors du prochain cycle (si non soulagée après 3 cycles menstruels => référez à un médecin afin d'essayer un contraceptif oral ou faire une investigation plus poussée).

- Si amélioration des symptômes (selon échelle de douleur ou niveau d'activités), avisez la patiente de commencer son traitement dès l'apparition des règles ou des symptômes lors des cycles subséquents et rediscutez des MNP avec elle.
- Si amélioration des symptômes insuffisante ou absente, vérifiez l'adhésion au traitement (dans le cas où la patiente n'adhérerait pas à son traitement, une modification de l'AINS pour un autre ayant une posologie plus simple pourrait être envisagée), avant de référer au médecin.

Dyspepsie et reflux

Critères

- Durée maximale de 4 semaines consécutives ou de 6 semaines cumulatives par période d'1 an fait partie de ces conditions.
- N'est pas pour prolonger une condition chronique

Symptômes

- Regurgitation acides
- Douleurs épigastriques
- Brûlure d'estomac
- Nausées
- Érucations
- Ballonnements et distension abdominale
- Sensation de digestion anormale ou lente
- Satiété précoce

Signaux d'alarme

- >60 ans et apparition de novo
- ATCD familiale de cancer de l'estomac ou de l'oesophage
- < 18 ans
- ATCD d'ulcère gastroduodénal
- Hématémèse ou méléna (hémorragie?)
- Anémie (ulcère?)
- Masse abdominale, perte de poids inexpliquée ou vomissements persistants (cancer?)
- Dysphagie ou odynophagie (oesophagite ? sténose oesophagienne?)
- Douleur rétrosternale, toux inexpliquée ou dyspnée (origine cardiaque ou pulmonaire)
- Douleur abdominale sévère ou jaunisse (cholélithiase, problèmes hépatobiliaires)

Démarche

Si prise de AINS ou autres médicaments pouvant causer les symptômes présentés :

- évaluer possibilité de les arrêter et voir si amélioration des symptômes
- évaluer possibilité d'appliquer la Loi 41 : Prophylaxie cytoprotectrice chez les patients à risque

Traitement

IPP: Généralement, à dose équivalente, efficacité équivalente entre IPP. Prendre 30 à 60 minutes avant un repas.

(Ome 20mg = Eso 20mg = Lanso 30mg = Dexlanso 30mg = Panto 40mg = Rabé 20mg)

- Pantoprazole 40 mg DIE
- Oméprazole 10 - 20 - 40 mg DIE
- Lansoprazole 15- 30 mg DIE
- Rabéprazole 20 mg DIE
- Esoméprazole 40 mg DIE
- Dexlansoprazole 30-60 mg DIE

Antagonistes des récepteurs H2 : Tachyphylaxie possible

- Ranitidine 75 - 150 mg BID
- Famotidine 10-20 mg BID (max 80 par jour)
- Cimetidine 600 mg BID ou 300 mg QID ou 800 HS
- Nizatidine 150 mg BID

Autres

- Sucralfate 1g QID
- Gaviscon
- Tums
- Roloids
- Alka Seltzer
- Lait de magnésie (hydroxyde de magnésium)
- Hydroxyde d'aluminium

Suivi

Tout patient avec symptômes persistants peut être prise en charge mais devrait également être référé de façon non urgente pour dépistage H. Pylori. Stratifier le risque selon la fréquence hebdomadaire des signes et symptômes et leur importance relative.

- Symptômes légers 2 jours ou moins par semaine : antiacides, alginate ou anti-H2.
- Symptômes modérés et/ou 3 jours ou plus par semaine : IPP à dose standard pendant 4-8 semaines.

Recommander de consulter MD si les symptômes ne sont pas soulagés par le traitement prescrit, ou si récurrence des symptômes une fois le traitement de 4 semaines consécutives complété.

Mesures non pharmacologiques

- Éviter aliments qui aggravent les symptômes (caféine, chocolat, tomates, aliments gras ou épicés, alcool, etc.)
- Diminuer ou éviter les boissons gazeuses
- Ne pas se mettre en position alitée x 2-3h après repas
- Cessation tabagique
- Diminuer la consommation d'alcool
- Manger de plus petits repas plus fréquents
- Atteinte de poids santé
- Surélever la tête du lit en y plaçant un bloc (de 4-6 pouces)

Érythème fessier

Critères

- ≤ 5 années depuis dernier traitement prescrit par un autre professionnel
- Âge ≤ 3 ans

Symptômes

- Plaques rouges
- Lésions qui peuvent devenir luisantes et érosives
- Surface en contact avec la couche
- Plis de la peau
- Nombre d'épisodes dans la dernière année (pas de restrictions selon jugement)
- Durée de la présence des symptômes (pas de restrictions selon jugement)
- Prise d'antibiotique récemment
- Diarrhée récente

Région affectée : □ fesses □ bas de l'abdomen □ bas du dos □ cuisses □ organes génitaux externes.

Facteurs d'exclusion

- Lésions qui s'étendent au delà de la zone délimitée par la couche
- Symptômes systémiques: fièvre, douleur, vomissement, léthargie
- Lésions purulentes ou avec des croûtes jaunâtres
- Fièvre ou frissons
- Malaise général
- Nausées ou vomissements
- Saignement au niveau des lésions
- Progression très rapide des rougeurs (quelques heures)
- Présence d'infection bactérienne
- Maladie de peau coexistante: eczéma, psoriasis, allergie
- Infection présentement (vaginite, infection du pénis ou autre)
- Problème de peau concomitant (eczéma, allergie, psoriasis)

Démarche

Si rash de < 3 jours sans atteinte des plis => MNP et oxyde de zinc > 25% après chaque changement de couche

Si rash de > 3 jours ou atteinte des plis ou présence de signes d'infection à Candida (papules, pustules satellites, ATCD ou épisode de muguet en cours => MNP, oxyde de zinc > 25%, antifongique, avec selon évaluation corticostéroïde topique précédemment prescrit.

Traitement

Crème barrière: À base d'oxyde de zinc > 25% après chaque changement de couche

Crème antifongique : appliquer en couche mince, laisser sécher, puis appliquer agent barrière

- Clotrimazole crème 1% (Canesten) : appliquer BID x 7-10 jours
- Miconazole crème 2% (Monistat) : appliquer DIE à BID x 7 à 10 jours
- Nystatin crème (Mycostatin) : appliquer BID à TID pour 14 jours

Corticostéroïdes

- Hydrocortisone 0.5 - 1 % BID en couche mince pour un maximum de 7 jours et cesser dès l'amélioration des symptômes

Mesures non pharmacologiques

- augmenter la fréquence des changements de couches et changer la couche dès qu'il y a présence de selles;
- utiliser des couches jetables non parfumées plutôt que des couches lavables;
- nettoyer les fesses de bébé avec un savon doux et avec une simple débarbouillette et de l'eau si absence de selles;
- laisser les fesses de bébé à l'air libre aussi souvent que possible.

Suivi de la pharmacothérapie

Traitement devrait être relativement court (~7 jours)

- Si amélioration symptômes, poursuivre MNP et appliquer crème barrière à base d'oxyde de zinc à une concentration > 25 % après chaque changement de couche jusqu'à la disparition complète des symptômes pour 3 jours encore jusqu'à résolution complète
- Si détérioration des symptômes, vérifiez l'adhésion au traitement. Autrement, référez au médecin.

Gonorrhée et chlamydia - TAP (en développement)

Critères

- Asymptomatique
- Cas contact d'un cas confirmé
- > 14 ans

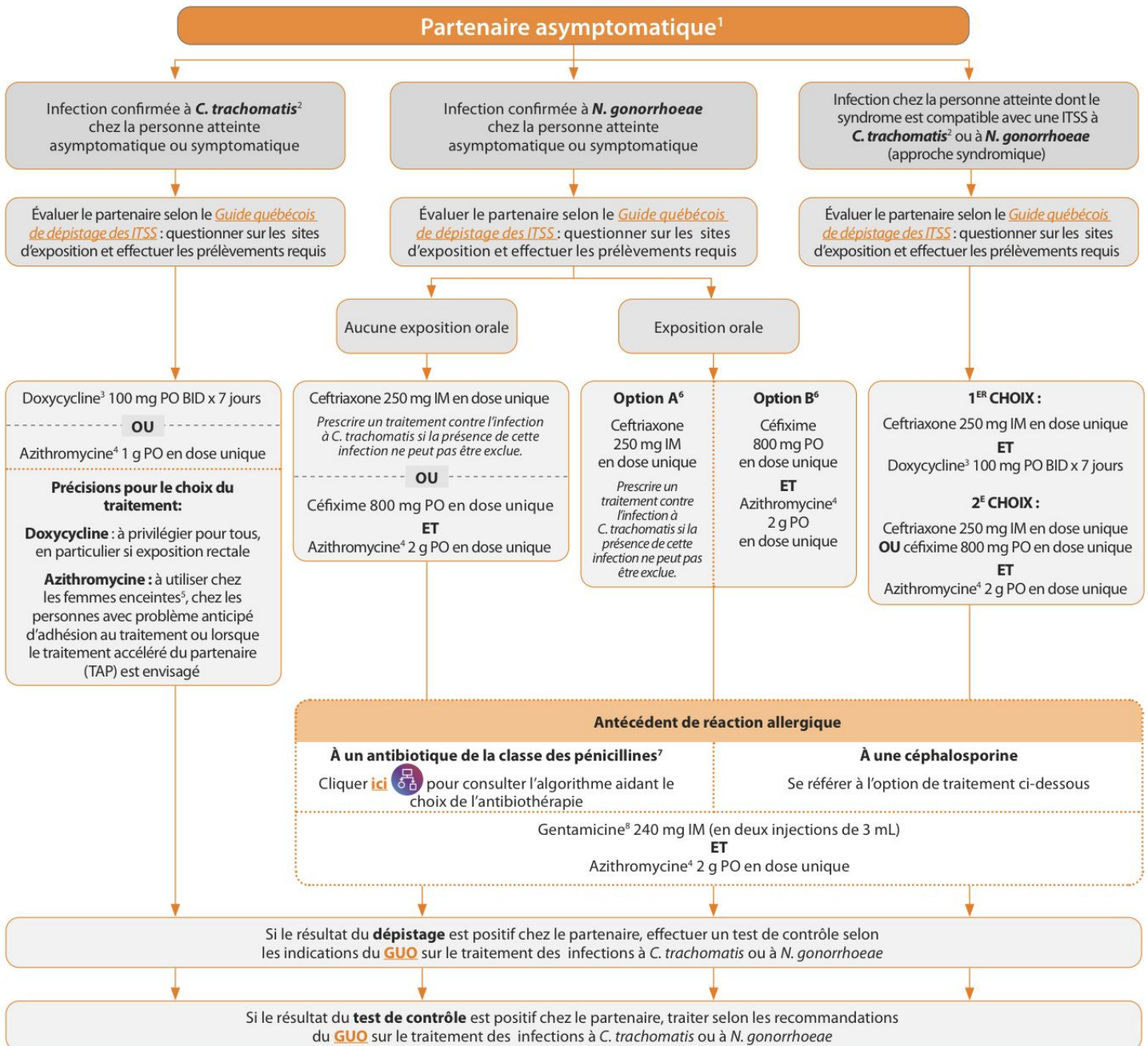
Évaluation

Personnes ayant reçu un diagnostic reçoivent un soutien pour aviser leurs partenaires incluant un traitement accéléré des partenaires (TAP), c'est-à-dire un **traitement sans évaluation préalable du partenaire par un médecin ou une infirmière** si

1. improbable que partenaire consulte un professionnel de la santé pour une évaluation clinique, un dépistage et un traitement.
2. pas de contre-indications à utiliser le TAP (voir exclusions page suivante)
3. la personne atteinte est capable d'aviser partenaire et de lui remettre l'ordonnance ainsi que les documents appropriés

* Des personnes pourraient donc se présenter en pharmacie pour recevoir un traitement car ils ont en possession une Rx remise par son partenaire (code M) ou pour recevoir une Rx car ils ont été avisé qu'ils sont un cas contact.

Traitement



3. La doxycycline est contre-indiquée chez les femmes enceintes. Elle est compatible, si nécessaire, avec l'allaitement si traitement de moins de 3 semaines.

4. Si vomissements dans l'heure suivant l'administration de l'azithromycine, administrer un antiémétique prophylactique puis une autre dose d'azithromycine.

5. Chez les femmes enceintes, l'amoxicilline 500 mg PO TID x 7 jours est recommandée en deuxième choix de traitement si allergie ou intolérance à l'azithromycine

6) Indicateurs pour le choix de l'option A : la disponibilité de la ceftriaxone et l'acceptabilité de l'administration IM par la personne / Indicateur pour le choix de l'option B : l'observance anticipée quant à une visite de contrôle advenant un résultat positif au test de dépistage. L'option B est acceptable seulement si des prélèvements pharyngés pour TAAN ET culture ont été effectués chez le partenaire.

Avantages et inconvénients du TAP

- permet le traitement d'une infection à CT ou à NG chez une personne exposée qui ne voudrait pas consulter
- mais personne exposée ne reçoit pas les meilleurs soins au regard du traitement optimal, du dépistage des ITSS, du counseling préventif et de la vaccination selon les indications.

Exclusions du programme TAP

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-328-03W.pdf>

<i>Chlamydia trachomatis</i> (CT)	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> (NG)
<p>Les infections :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> causées par un génotype L1, L2 ou L3 (lymphogranulomatose vénérienne);<input type="checkbox"/> rectales. <p>Les situations où :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> la ou le partenaire :<ul style="list-style-type: none">• présente des symptômes (évaluation requise pour lui offrir le suivi clinique approprié),• a moins de 14 ans;<input type="checkbox"/> le traitement de premier choix n'est pas oral et à dose unique.	<p>Les situations où :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> la personne atteinte a une souche résistante à un antibiotique utilisé pour le traitement;<input type="checkbox"/> la ou le partenaire :<ul style="list-style-type: none">• a eu une exposition pharyngée,• a une allergie connue à la pénicilline ou aux céphalosporines,• présente des symptômes (évaluation requise pour lui offrir le suivi clinique approprié),• a moins de 14 ans;<input type="checkbox"/> le traitement de premier choix n'est pas oral et à dose unique.

Dernier recours pour ces populations

Utilisé en dernier recours pour les personnes suivantes, car études démontrent que les inconvénients surpassent les bénéfices :

- partenaire = femme enceinte (importance de l'évaluation clinique, du traitement optimal et du suivi) ;
- partenaire = HARSAH (opportunité manquée de dépistage VIH et autres ITSS car prévalence élevée)

Démarche

Effectuer une évaluation de la situation en vérifiant :

- si la personne a des symptômes (le TAP ne s'applique qu'aux personnes asymptomatiques) ;
- dans le cas d'une femme, si elle est enceinte (importance de l'évaluation clinique, du traitement optimal et du suivi) ;
- si la personne a moins de 14 ans (elle ne peut alors pas donner son consentement aux soins).

Toujours encourager le partenaire à consulter pour recevoir un dépistage complet car avec le TAP elle ne reçoit pas tous les soins appropriés, notamment un dépistage des ITSS, le traitement n'est peut-être pas adapté à sa situation et elle pourrait avoir d'autres ITSS sans le savoir. L'inviter à consulter infirmière, médecin ou Info-Santé 811 pour savoir où passer un test de dépistage.

- En cas de refus, choisir le traitement selon l'algorithme décisionnel
- Rédiger une ordonnance au nom du patient avec le code M sur l'ordonnance

Faire un conseil complet sur les ITSS

- Recommander de s'abstenir d'avoir des contacts sexuels jusqu'à 7 jours après dose unique OU jusqu'à la fin d'un traitement à doses multiples ET jusqu'à la résolution des symptômes (en cas de doute quant à l'abstinence, indiquer d'utiliser méthodes barrières pour tout type de contact sexuel (génital, oro-génital, anal ou oro-anal))
- Vérifier si la personne a reçu la carte de notification chlamydia/gonorrhée; sinon, lui en remettre un exemplaire.
- Encourager la personne à s'informer sur les ITSS en consultant le site Quebec.ca.

Consigner au dossier

- Consentement libre et éclairé (avantages et inconvénients TAP)
- Documentation remise
- Contenu des ordonnances émises

Références

TAP : <https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/traitement-accelere-des-partenaires-tap-de-personnes-atteintes-d-infection-chlamydia-trachomatis-ou-neisseria-gonorrhoeae>

Algorithme : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/INESSS-Algorithme-traitement-ITSS.pdf

Partenaires : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-308-07W.pdf>

Carte de notification : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001060/>

Hémorroïdes

Critères

- ≤ 2 années depuis dernier traitement prescrit par un autre professionnel
- < 12 ans (anomalie congénitale?, oxyures? abus sexuels)

Symptômes

Depuis quand sont présents vos symptômes

Combien d'épisodes avez-vous fait au cours de la dernière année

- démangeaisons
- irritation
- inconfort
- sensation de brûlure légère
- enflure au niveau rectal
- diarrhée
- constipation
- présence de sang rouge clair en petite quantité à la défécation sur le papier hygiénique ou dans la cuvette des toilettes

Facteurs d'exclusion

- Patient côtoyant de jeunes enfants ou prurit anal (oxyure)
- Patient à risque élevé de cancer colorectal (> 50 ans ou histoire personnelle ou familiale de cancer colorectal ou de polype ou de diagnostic de MII (crohn ou colite ulcéreuse)

Signaux d'alarme

- saignements rectaux abondants ou persistants
- selles noires
- douleur importante et vive lorsque vous allez à la selle
- incontinence fécale (incapacité de retenir les selles)
- fièvre ou frissons
- crampes abdominales
- présence d'hémorroïdes externes devant être remplacées manuellement
- symptômes depuis plus de 7 jours

Mesures non pharmacologiques

- s'hydrater suffisamment et augmenter l'apport quotidien en fibres ou en aliments riches en fibre;
- éviter les aliments irritants comme les viandes, les plats épicés ou acides, les boissons alcoolisées et celles contenant de la caféine (boissons gazeuses, café, thé);
- prendre des bains de siège de 15 à 20 minutes, 3 à 4 fois par jour;
- idéalement, éviter les coussins en forme de beigne, car ils diminuent l'afflux sanguin péri-anal, ce qui peut entraîner une congestion veineuse et une augmentation des symptômes;
- ne pas retarder le besoin d'aller à la selle;
- éviter de demeurer assis sur le siège de la toilette pendant de longues périodes de temps (cette position entraîne un relâchement des muscles rectaux, ce qui incite le sang à remplir les veines et crée une pression au niveau anal);
- nettoyer la région péri-anales après chaque selle avec du savon et de l'eau et bien essuyer;
- prévenir la constipation.

Traitement

Traiter l'infection localement et diminuer l'inflammation

- Proctosedyl ong (Framycétine + HC + Dibucaine) : appliquer BID et après chaque selle
- Proctosedyl sup (Framycétine + HC + Dibucaine) : insérer supp. BID et après chaque selle

Diminuer localement la douleur et l'inflammation

- Rectogel HC onguent (Sulfate de zinc + HC + Benzocaïne) : appliquer BID et après chaque selle
- Pramox HC crème (Pramoxine + HC) : appliquer BID et après chaque selle
- Anugesic ou Proctodan HC ong (Sulfate de zinc + HC) : appliquer BID et après chaque selle
- Anugesic ou Proctodan HC supp (Sulfate de zinc + HC + Pramoxine) : insérer BID et après chaque selle
- Proctofoam HC mousse rectale (Pramoxine + HC) : appliquer BID et après chaque selle
- Anusol Plus onguent (Sulfate de zinc + Pramoxine) : appliquer BID et après chaque selle
- Anusol Plus suppositoires (Sulfate de zinc + Pramoxine) : insérer un suppositoire BID et après chaque selle

Diminuer l'inflammation locale

- Anodan HC ou Anusol HC onguent (Sulfate de zinc + HC) : appliquer BID et après chaque selle
- Anodan HC ou Anusol HC suppositoires (Sulfate de zinc + HC) : insérer un suppositoire BID et après chaque selle

Suivi de la pharmacothérapie

Effectuez un suivi après 7 jours

- Si amélioration des symptômes, avisez le patient de poursuivre le traitement jusqu'à guérison complète (maximum 14 jours de traitement). Discutez des MNP afin de prévenir la récurrence.
- Si détérioration des symptômes (une exacerbation crescendo des symptômes peut être le résultat d'une réaction allergique au principe actif), vérifiez l'adhésion au traitement. Autrement, référez au médecin.

Herpès labial

Critères

- ≤ 5 années depuis dernier traitement prescrit par un autre professionnel
- > 12 ans

Symptômes

Localisation de la lésion : labiale

Moment d'apparition des symptômes : < 3 jours

Nombre d'épisodes dans la dernière année < 6 épisodes

- lésion précédé d'une sensation de brûlure ou picotement (prodrome)
- lésions formées de plusieurs vésicules douloureuses
- démangeaisons au moment de rupture des lésions
- libération d'un liquide clair □ formation d'un croûte qui tombe habituellement en 5 à 7 jours
- apparait généralement souvent après exposition au soleil ou après épisode de fièvre

Facteurs d'exclusion

Immunosuppression (VIH, cancer, greffe, antinéoplasique)

Signaux d'alarme

- lésions dans les yeux, la gorge ou dans la bouche □ lésions très enflées contenant du pus
- fièvre ou frissons □ malaise général, léthargie
- lésions depuis plus de 14 jours □ lésions sévères ou oropharyngées ou oculaires
- plus de 6 épisodes dans 12 derniers mois (bénéfice d'un traitement prophylactique)

Mesures non pharmacologiques

- Se laver les mains fréquemment afin d'éviter la propagation de l'infection à d'autres régions du corps et le développement d'une surinfection bactérienne.
- Laver délicatement la lésion avec un savon doux et de l'eau.
- Utiliser un onguent afin d'hydrater les lèvres et ainsi prévenir l'assèchement et le craquelage de la lésion.
- S'hydrater adéquatement les lèvres.
- Éviter facteurs aggravants : stress, soleil (baume pour les lèvres avec protection solaire), froid.

Traitement

Acyclovir (Zovirax) (ajustement si Clcr < 10ml/min, favorisé en grossesse)

- 800 mg STAT dès les premiers signes
- 400 mg 3 à 5 fois par jour x 5 jours
- 200 mg 5 fois par jour pour 5 jours

Famciclovir (Famvir) (ajustement si Clcr < 50ml/min)

- 1500 mg STAT dès les premiers signes
- 750 mg BID x 2 doses

Valacyclovir (Valtrex) (ajustement si Clcr < 50ml/min)

- 2 g BID x 2 doses aux premiers signes

Acyclovir topique 5% (Zovirax) :

- Appliquer aux 3 heures pour 7 jours durant les heures d'éveil

Acyclovir 5% + hydrocortisone 1% (Xerese)

- Appliquer 5 fois par jour pour 5 jours

Suivi de la pharmacothérapie

Effectuez un suivi après 7 jours

- si amélioration des symptômes, discutez des stratégies de prévention avec le patient et avisez-le que lors d'un prochain épisode le traitement devra être débuté dès l'apparition des symptômes.
- si détérioration des symptômes, vérifiez l'adhésion au traitement. Autrement, référez au médecin.

Infection urinaire chez la femme

Critères

- ≤ 5 années depuis dernier traitement prescrit par un autre professionnel
- Épisodes antérieurs < 2/6 mois et < 3/1 an (prescrivons 2e ou 3e ATB)
- Aucun épisode dans les 30 jours précédant l'apparition de l'épisode en cours (culture d'urine nécessaire)

Symptômes

Début des symptômes : ____

- difficulté à uriner
- douleur légère à l'urination
- sensation de brûlure et de douleur à la miction
- douleur au dessus du pubis
- saignements léger à l'urination
- fréquence urinaire augmentée
- urine trouble et malodorante

Facteurs d'exclusion

- Grossesse
- Femme ménopausée avec plusieurs co-morbidités
- Femme <14 ans (possibilité de problèmes anatomiques)
- Hébergement en centre de soins de longue durée (augmentation du risque d'infection d'étiologie nosocomiale ou hospitalisation récente dans les 3 derniers mois)
- Immunodéprimée (VIH, cancer, prise d'immunosuppresseurs ou d'antinéoplasiques)
- Problème rénal
- Sclérose en plaque
- Pierres aux reins
- Diabète non contrôlé
- Anomalie urologique ou rénale (ex. : vessie neurogène, cathéter urinaire, calculs rénaux, insuffisance rénale, greffe rénale)
- Incapacité à prendre la médication par voie orale
- Comorbidité augmentant la prévalence des infections urinaires (diabète non contrôlé, sclérose en plaques, etc.)
- Nouveau partenaire sexuel

Signaux d'alarme

- fièvre ou frissons
- malaise général
- tachycardie
- léthargie
- nausées, vomissements
- douleur dans le bas du dos (lombaire) ou sur côtés (flancs)
- pertes vaginales blanchâtre, colorées ou malodorantes
- douleur importante pendant les relations sexuelles
- saignements vaginaux anormaux
- douleurs musculaires
- nausées ou vomissements
- lésions cutanées ou buccales inexpliquées
- crampes menstruelles anormalement douloureuses
- prurit vulvaire
- lésions papulaires ou vésiculaires génitales (lien avec herpès)

Mesures non pharmacologique

- hydratation abondante,
- hygiène personnelle
- mictions post-coïtales
- pas d'évidence claire : canneberges et probiotiques intra-vaginaux

Traitement

Première ligne

- Triméthoprim/sulfaméthoxazole (TMP/SMX) : 160/800 mg (DS) 1 comprimé q12 hrs x 3 jours
- Nitrofurantoïne macrocristaux (MacroBID) : 100 mg q 12 hrs x 5 à 7 jours
- Fosfomycine (Monurol) : 3 g en dose unique diluée dans un verre d'eau

Traitement alternatif (si contre-indication à première intention ou si présence d'interaction majeure limitant leur usage)

- Triméthoprim (TMP) : 100 mg q12 hrs x 7 jours
- Amoxicilline Clavulanate 875 125 q 12 hrs x 7 jours

Dernier recours (ne pas prendre de manière répétée au cours de 3 à 6 mois)

- Ciprofloxacine (Cipro) : 250-500 mg q 12 hrs x 3 jours
- Ciprofloxacine XL (Cipro XL) : 500 mg q 24 hrs x 3 jours
- Lévofloxacine (Levaquin) : 250 mg q 24 hrs x 3 jours
- Norfloxacine (Noroxin) : 400 mg q 12 hrs x 3 jours

Suivi de la pharmacothérapie

Effectuez un suivi 24 à 48 heures après le début du traitement

- Si amélioration des symptômes, informez la patiente de poursuivre le traitement.
- Si détérioration des symptômes, vérifiez l'adhésion au traitement. Autrement, référez au médecin.
- Effectuez un second suivi 7 jours après le début du traitement
- Si symptômes ont complètement disparu, avisez la patiente que le traitement est terminé. Autrement, référez au médecin.

Influenza - prophylaxie des contacts

Critères

- Circulation du virus de l'influenza (<https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/grippe>)
- Aucun signe ou symptôme (si symptômes se référer à l'algorithme de traitement)
- Contact étroit (> 4 heures et plus dans la même pièce OU contact avec des sécrétions respiratoires) avec une personne infectée ou avec une personne qui présente un symptôme d'allure grippale (SAG).

Démarche

Populations à risque :

- Patient vivant dans un centre d'hébergement
- Trouble cardiaque ou pulmonaire assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers (dysplasie broncho-pulmonaire, FK, MPOC, emphysème, asthme)
- Diabète, Trouble hépatique (cirrhose), rénal, métabolique, hématologique (hémoglobinopathie), cancer (radiothérapie ou chimiothérapie), déficit immunitaire ou immunosuppression (anti-rejet)
- Condition médicale pouvant compromettre l'évacuation des sécrétions respiratoires et augmentant le risque d'aspiration (trouble cognitif, lésion médullaire, trouble convulsif, neuromusculaire, obésité morbide)

Facteurs d'exclusion

- Grossesse/allaitement (prophylaxie non-recommandée, peu de données, que si risque > bénéfices)
- Exposition arrivée il y a plus de 48 heures
- Réception du vaccin vivant atténué contre l'influenza < 14 jours
- Sx de SAG (toux, fièvre, mal de gorge, arthralgie, myalgie, fatigue extrême)

Précautions et contre-indications :

Oseltamivir :

- Fonction rénale (valider la dose selon clairance rénale). Dialyse, posologie dépend de l'horaire de dialyse.
- Maladie hépatique : pas d'études (cas post commercialisation d'hépatotoxicité parfois sévère signalés)

Zanamivir :

- Maladie respiratoire : pas recommandé en raison du risque de bronchospasme grave.
- Hypersensibilité/intolérance au lactose : composition de la poudre pour inhalation
- Maladie hépatique : non étudié
- Maladie rénale : faible biodisponibilité (4 à 17 % (innocuité et efficacité non établies chez IRCT)

Traitement

□ Oseltamivir 75 mg po DIE x 10 jours (Ajustement requis en IRC (Clcr < 60 ml/min) et maladie hépatique sévère)	□ Oseltamivir 75 mg po DIE x 14 jours
□ Oseltamivir ____ mg po DIE x 10 jours 3 à 12 mois : 3 mg /kg PO DIE x 10 jours, ≥ 12 mois : ≤ 15 kg = 30 mg, > 15-23 kg = 45 mg, >23 kg et < 40 kg = 60 mg, ≥ 40 kg = 75 mg	□ Oseltamivir ____ mg po DIE x 14 jours
□ Zanamivir 2 inh (10 mg) DIE x 10 jours (Absence de CI si maladie pulmonaire sous-jacente ou < 7 ans, ou intolérance lactose ou IRCT)	□ Zanamivir 2 inh (10 mg) DIE x ____ jours

Durée du traitement

Oseltamivir

- Enfants et personnes âgées peuvent excréter le virus pendant un maximum de 14 jours après le début de la grippe : Cas primaire = enfant ou personne âgée => traitement préventif par oseltamivir peut donc durer jusqu'à 14 jours.
- Dans un contexte d'éclosion dans une institution : continuer pour un minimum de 14 jours ou jusqu'à 10 jours après le début des symptômes du dernier cas, selon l'option la plus longue des deux éventualités

Zanamivir

- Environnement familial : adultes et enfants de 7 ans et plus => 10 jours: Aucune donnée sur l'efficacité lorsque traitement amorcé > 1,5 jour après l'apparition des signes ou symptômes dans un cas de référence.
- Éclosion communautaire : adultes et adolescents => pendant 28 jours : Innocuité et efficacité n'ont pas été évaluées dans le cadre d'une durée supérieure à 28 jours.

Suivi de la pharmacothérapie

- Suivi de développement des symptômes après 3 à 5 jours
- Orienter vers le médecin en cas de développement de sx de SAG

Influenza - traitement des patients à risque

Critères

- Circulation du virus de l'influenza (<https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/grippe>)
- Population présentant des facteurs de risque de complication
- Symptomatique

Évaluation

Populations à risque :

- Patient vivant dans un centre d'hébergement
- Trouble cardiaque ou pulmonaire assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers (dysplasie broncho-pulmonaire, FK, MPOC, emphysème, asthme)
- Diabète, Trouble hépatique (cirrhose), rénal, métabolique, hématologique (hémoglobinopathie), cancer (radiothérapie ou chimiothérapie), déficit immunitaire ou immunosuppression (anti-rejet)
- Condition médicale pouvant compromettre l'évacuation des sécrétions respiratoires et augmentant le risque d'aspiration (trouble cognitif, lésion médullaire, trouble convulsif, neuromusculaire, obésité morbide)
- Femmes enceintes au 2e ou 3e trimestre (13 semaines et plus)

Symptômes

- Fièvre ET toux (obligatoire)
- + un de ces symptômes
- Mal de gorge □ Arthralgie □ Myalgie □ Prostration ou fatigue extrême

Autres symptômes possibles

- Céphalée (adultes) □ Sx GI (enfants)

Facteurs d'exclusion

- Symptômes présents depuis plus de 48h => Orienter vers le médecin
- Présence d'influenza résistant à l'oseltamivir ou le zanamivir
- Réception du vaccin contre l'influenza < 14 jours
- Patient déjà sous prophylaxie avant le début des sx
- Patient ayant déjà reçu un traitement antiviral pour l'épisode en cours.

Signaux d'alarme

- Maladie modérée à sévère => Amorcer et référer au médecin sans attendre 48 heures de suivi

Traitement

- Oseltamivir 75 mg po BID x 5 jours
(Ajustement requis en IRC (Clcr < 60 ml/min) et maladie hépatique sévère)
- Oseltamivir ____ mg po BID x 5 jours
≥ 12 mois : ≤ 15 kg = 30 mg, > 15-23 kg = 45 mg, > 23 kg et < 40 kg = 60 mg, ≥ 40 kg = 75 mg
- Zanamivir 2 inh (10 mg) BID x 5 jours
(Absence de CI si maladie pulmonaire sous-jacente ou < 7 ans, ou intolérance lactose ou IRCT)

Suivi de la pharmacothérapie

- Remettre un formulaire au patient justifiant l'amorce
- Faire un suivi à 48 heure -> Si détérioration, Référer au médecin

Maladie de Lyme

Critères

- Traitement prophylactique seulement

Symptômes

- Rougeur possible localisée au niveau de la morsure
- Absence de tout autre symptôme

4 Caractéristiques (obligatoires) requises :

- Secteur géographique visé par la prophylaxie post exposition (PPE) *
- Spécimen accroché à la peau, identifiable comme étant une tique
OU objectivation sur présentation du spécimen
OU confirmation visuelle sur photo
- 72 heures ou moins entre le retrait de la tique et le prise de la PPE
- Accrochement de la tique à la peau 24 heures ou plus ou durée incertaine

* (Où trouver l'information : voir site [MSSS.gouv.ca](https://msss.gouv.ca) → MSSS > Professionnels > Zoonoses > Maladie de Lyme

Aller à la section "Liste des secteurs géographiques du Québec où la PPE de la maladie de Lyme peut être recommandée selon les critères établis par le groupe d'expert de l'INSPQ")

Facteur d'exclusion

Contre-indication à la doxycycline

Vérifier les précautions de la doxycycline si grossesse ou allaitement.

Signaux d'alarme

(Signaux qui pourraient indiquer une aggravation de la condition ou suggérer la présence d'une autre pathologie)

- Rougeur/érythème migrant au site de la piqûre ou ailleurs (réaction d'hypersensibilité lié à la piqure de la tique ou érythème migrant débutant)
 - Taille initiale de la rougeur ne permet pas de faire la différence entre les deux.
 - Érythème migrant plus probable si la rougeur s'étend progressivement x quelques jours (critère le plus spécifique), si elle est apparue quelques jours après la piqûre et si sa taille atteint 5 cm.
 - Réaction d'hypersensibilité apparaît généralement dans les 24 premières heures après la piqûre, elle est souvent prurigineuse, elle régresse en quelques jours et sa taille ne devrait pas dépasser 5 cm.
- Atteinte neurologique (ex. paralysie faciale, engourdissement dans le visage, surdité)
- Atteinte cardiaque (ex. douleurs thoraciques, palpitations, étourdissements, dyspnée, syncope)
- Atteinte musculosquelettique (ex. gonflement important du genou)
- Céphalée, fièvre/frissons, raideur/ douleur à la nuque, douleur musculaire ou articulaire, nausées, vomissements, photophobie

Traitement

Condition de traitement : Délai maximal entre le retrait de la tique et la prise de doxycycline doit être de 72 heures

- Adulte OU enfant > 12 ans OU enfant ≥ 45 kg : Doxycycline 200 mg po en une seule dose
- Enfant < 45 kg : Doxycycline 4.4 mg/kg/dose (max 200 mg) en une seule dose
 - doses moyennes de 2 à 10 mg/kg/jour et durées moyennes de 6 à 20 jours chez < 8 ans n'entraîneraient pas d'effets sur la dentition permanente (modification teinte des dents ou apparition coloration particulière)
 - possible de faire une magistrale de doxycycline pour les enfants de pouvant pas avaler de comprimés

Suivi de la pharmacothérapie

- Informer le patient de rester attentif à l'apparition des symptômes de la maladie → voir les signaux d'alarmes
- Informer le patient de conserver la tique dans un contenant hermétique, pour l'amener au médecin si développement des symptômes de la maladie de Lyme dans les 30 jours. (Les pharmaciens ne peuvent prescrire une analyse de tique)
- Informer des mesures préventives pour éviter de nouvelles piqûres de tique

Nausées et vomissements (causes autres que grossesse)

Critères

- Nausées et vomissements légers à modérés (grades 1-2)

Symptômes

- Nausées
- Vomissements légers (Grade 1) : < 3 épisodes/jour
- Vomissements modérés (Grade 2) : 3 à 5 épisodes/jour

Facteurs d'exclusion

- Grossesse
- Enfant < 12 mois
- Histoire de trauma crânien
- Comorbidités importantes

Précautions : Patient sous chimiothérapie ou post-opératoires

- Référer au médecin dans les plus brefs délais
- Sous chimiothérapie, tenter de communiquer avec l'équipe traitante de la clinique d'hémo-oncologie pour ajustements des médicaments. En l'absence de communication, envisager d'initier traitement à très court terme et référer patient.
- En post-opératoire, si les N/V n'ont pas été gérés à l'hôpital, envisager d'initier traitement à court terme et référer patient.

Signes et symptômes pouvant suggérer la présence d'une autre pathologie

- Vomissements en jet, avec ou sans raideur à la nuque, parfois pétéchies sur la partie supérieure du tronc et du visage
- Hématémèse
- Fièvre persistante
- Atteinte corticale suivant un coup ou un trauma à la tête
- Ictère
- Constipation, vomissements bilieux
- Vomissements d'aliments incomplètement digérés

Signes et symptômes pouvant indiquer l'aggravation de la condition (Déshydratation sévère (nécessite traitement IV))

- Vomissements graves (Grade 3) : 6 à 9 épisodes/jour
- Impossibilité de s'hydrater
- Atteinte de l'état général et de l'état de conscience
- Extrémités froides, cyanose, tachycardie, respiration rapide, léthargie, coma
- Persistants > 48 heures malgré l'utilisation d'un agent

Traitement

	Produit	Adulte	Enfant
Antihistaminiques de type 1 À surveiller : Effets secondaires antichol. En pédiatrie, réaction paradoxale d'excitation possible.	Dimenhhydrinate (Gravol)	50-100 mg q 4-6 hrs IR-PO max 400 mg/24 H	1.25 mg/kg/dose (max 300 mg/24 h) OU 2 à 5 ans : 12.5-25 mg q 6-8 h, max 75 mg/24h 6 à 12 ans : 25-50 mg q 6-8 h, max 150 mg/24h ≥ 12 ans : idem à adulte
	Diphenhydramine (Bénadryl)	25-50 mg q 4-6 h max 300 mg/24h	1.25 mg/kg/dose (max 300 mg/24 h) OU 2 à 5 ans : 6.25 mg q 4-6 h, max 37.5 mg/24h 6 à 11 ans : 12.5-25 mg q 4-6 h, max 150 mg/24h ≥ 12 ans : idem à adulte
	Hydroxyzine (Atarax)	100 mg en doses fractionnées	2 mg/kg/jour en doses fractionnées q 6-8h (max 100 mg/jour
Antagonistes dopaminergiques D2 (phénothiazines) > 2 ans	Prochlorpérazine (Stemetil)	5-20 mg q 4-6 h IR-PO	≥ 9 kg : 0.4 mg/kg/jour TID-QID (max 7.5 mg/24 h) ou 9-14 kg : 2.5 mg q 12-24 h 15-18 kg : 2.5 mg q 8-12 h (max 10 mg/24 h) 19-39 kg : 2.5 mg q 8h OU 5 mg q 12h (max 15 mg/24 h)
	Prométhazine (Phenergan)	10-25 mg q 4-6 h	Âge minimal 2 ans (mais réserver pour des cas graves à tout âge : risques de dépression respiratoire fatale) 0.25-1 mg/kg/dose (max 25 mg) q 4-6 h * Si mal transport : donner 30-60 min avant départ et q 12 h prn
Anticholinergiques (Antagonistes muscariniques M1) À Surveiller : Effets secondaires anticholinergiques	Scopolamine (transderm V)	1 timbre q 3 jours (max 6 jours)	Âge minimal 12 ans
	Butylbromure d'hyoscine (Buscopan)	10-20 mg q 6-8 h (max 60 mg/24h)	Non recommandé

Antagonistes dopaminergiques D2 (prokinétiques) Indication : dysmotilité gastrique, usage à court terme. Attention si obstruction intestinale suspectée	Dompéridone (Motilium) (risque accru arythmies graves > 30 mg/24h.)	5-20 mg TID-QID	1.2-2.4 mg/kg/jour TID-QID (max 30 mg/24 h)
	Métoclopramide (Maxeran) (traverse BHE, effets extrapyramidaux, contre-indication en gériatrie.)	5-20 mg TID-QID	Âge minimal 1 an : 0.1 mg/kg/dose (max 10 mg) q 6-8 h
Antagonistes des récepteurs sérotoninergiques 5-HT3	Ondansetron (Zofran) * RAMQ via Rx exception (formulaire)	4-8 mg po Die-TID	Données limitées entre 1 mois à 4 ans ≥ 4 ans : 0.15 mg/kg/dose (max 8-16 mg) q 8-12 h

Démarche

1. Tenter d'identifier la cause des N/V. Si causes médicamenteuse, tenter une substitution/diminution de dose ou changement de voie d'administration.
2. Recommander les mesures non pharmacologiques.
3. Instaurer un traitement à court terme et effectuer un suivi dans un délai approprié (généralement 24 à 48h).
4. Réévaluer la nécessité du traitement. Référer si aucune amélioration ou si aggravation des symptômes.

Mal des transports :

- Antihistaminiques de type 1: 1er choix : Gravol de 30-120 min avant le départ
- Antagonistes muscariniques : Alternative au Gravol : Scopolamine à appliquer 6-12 h avant le départ
- Mesures non pharmacologiques
 - Éviter de lire ou d'utiliser appareils électroniques
 - Éviter la prise d'alcool.
 - Stabiliser tête contre l'appui-tête. Éviter mouvements rapides de la tête
 - Regarder point fixe en avant et à l'extérieur dans l'horizon; si impossible, fermer les yeux et garder tête immobile
 - Ouvrir la fenêtre si possible
 - Voiture/bus : prioriser siège avant, regardant vers l'avant
 - Avion : prioriser siège au centre (ailes). Bateau : regardant vers direction des vagues, au centre du bateau

Chimiothérapie et post-opératoires

- Antagoniste 5-HT3
- Antagoniste dopaminergiques D2
- Antihistaminique de type 1

Prise d'opiacés

- Antagonistes dopaminergiques D2
- Antihistaminiques de type 1
- Antagonistes muscariniques

Mesures non pharmacologiques

- Environnement calme, bien aéré, sans odeur particulière
- Manger de plus petits repas plus fréquemment
- Éviter aliments riches en gras ou plus difficiles à digérer (épices, etc.)
- Éviter de boire en mangeant
- Éviter de s'étendre à plat après le repas
- Autres techniques: relaxation, acupuncture, acupression.
- Solutions de réhydratation (gastrolyte, pédialyte ou recette maison)

Nausées et vomissements (grossesse)

Critères

- < 12 semaines de grossesse
- apparition pour la 1ère fois avant la 9e semaine de grossesse

Signaux d'alarme

- symptômes d'hyperhémésis gravidarum (nausées et vomissements sévères et persistants, accompagnés d'une perte de poids supérieure à 5 % du poids pré-grossesse, déshydratation)
- signes de déshydratation sévère (urine foncée, hypotension orthostatique symptomatique, muqueuses très sèches, haleine cétonique, tachycardie, etc.)
- fièvre ≥ 38.5 °C par la bouche ou fièvre de 38 à 38,4 °C par la bouche qui persiste plus de 24 heures
- céphalée
- douleurs abdominales
- hématurie
- saignements vaginaux
- contre-indication à la prise de doxylamine/pyridoxine ou de diménhydrinate (rétention urinaire, intolérance ou allergie à un des ingrédients, etc.)

Traitement

Traitement principal

- doxylamine 10 mg/pyridoxine 10 mg jusqu'à 4 comprimés par jour (1 comprimé le matin, 1 comprimé l'après-midi et 2 comprimés au coucher).
- diménhydrinate suppositoire ou co. 50 à 100 mg 30 minutes avant la prise du diclectin (si vomissements empêchant l'absorption) (max : 200 mg par 24 heures lorsqu'associé à 4 co. de doxylamine/pyridoxine, ou 400 mg par jour seul) ET/OU
- dose de doxylamine/pyridoxine à 2 co. au coucher, 1 à 2 co. le matin et 1 à 2 co. en après-midi

Traitement adjuvant : diménhydrinate (ou d'utiliser d'autres anti-H1 : diphenhydramine, hydroxyzine)

- favoriser l'absorption des comprimés-retard de doxylamine/pyridoxine
- diminuer l'apparition d'effets extrapyramidaux associés avec les médicaments antidopaminergiques (métoclopramide, prochlorpérazine, prométhazine, chlorprométhazine)
- soulager les épisodes aigus ou intermittents de nausées/vomissements
- soulager les nausées/vomissements en attendant une évaluation médicale

Mesures non pharmacologiques

- Éviter les aliments gras, les boissons froides, acides ou très sucrées et les odeurs fortes
- Éviter de boire en mangeant;
- Manger des craquelins avant de se lever le matin;
- Se lever lentement;
- Éviter de manger avant de se coucher.
- Séparer les liquides des solides
- Boire de petites quantités de liquide à la fois
- Manger de petits repas plus fréquemment
- Manger des repas riches en protéines (noix, fromages, œufs, poulet,...)
- Manger des aliments appétissants et sûrs durant la grossesse
- Prendre des compléments vitaminiques (par exemple : complexes B) avant la grossesse et au début de la grossesse
- Remplacer le supplément vitaminique prénatal par de l'acide folique seul ou un supplément contenant moins de fer
- Acupression/acupuncture stimulation du point P6 (Nei Guan)
- Psychothérapie (thérapie comportementale)
- Autres traitements adjuvants à considérer : Traitement du reflux gastro-oesophagien/douleur épigastrique
- Autres considérations pour améliorer la prise en charge d'une femme enceinte : Vaccination (par exemple : vaccin antigrippal, contre la coqueluche), Diète équilibrée, Alcool, Drogues, Autres médicaments, Maladies chroniques

Suivi de la pharmacothérapie

Effectuez un suivi après 24 à 72 heures

- Si amélioration des symptômes, poursuivre le traitement jusqu'à la prochaine visite chez le médecin.
- Si présence d'effets indésirables importants et/ou empêchant le traitement (palpitations, étourdissements, etc.), référez la patiente au médecin.
- Si persistance ou détérioration des symptômes (apparition de signaux d'alarme depuis l'amorce de la thérapie - voir algorithme), vérifiez l'adhésion au traitement avant de référez au médecin.

Pédiculose

Critère

N'est plus un acte facturable

Symptômes

Examen de la tête

- Infestation active confirmée si présence dans les cheveux ou sur le cuir chevelu d'au moins un pou vivant (nymphe ou adulte).
 - Nymphes ou adultes vivants.
 - Lentes viables à 1 à 4 mm du cuir chevelu => Suggère fortement une infestation active.
 - Nombreuses lentes à 6 mm (1/4 po) du cuir chevelu
 - Estimation de la durée de l'infestation : cheveux poussent d'environ 0,37 mm/jour
 - Têtes infestées peuvent avoir de 8 à 24 poux en même temps : taux de mortalité naturellement élevé
- Infestation probable suspectée lorsqu'il y a présence de lentes avec un ou plusieurs des facteurs de risque suivants :
 - contact étroit avec un cas actif confirmé de pédiculose (dans la famille ou ailleurs)
 - éclosion de poux de tête dans le milieu fréquenté par la personne
 - prurit du cuir chevelu sans autre cause apparente d'une durée de >1 semaine
- Infection suspectée non confirmée => Observation régulière avec le peigne fin (pas de traitement)

Précautions

- Grossesse
- < 2 ans
- Allergies (Chrysanthème, Herbes à poux)

Femmes enceintes ou qui allaitent : perméthrine (1er choix) ou pyréthrinés synergisés (2e choix)

<2 ans : pyréthrinés synergisés, **<6 mois** : absorption topique plus importante et peu de cheveux : Action mécanique (peigne fin) tous les 3-4 jours, jusqu'à l'obtention de 3 examens de tête sans aucun pou ou lente vivante possible peut être envisagé

Allergie chrysanthèmes ou herbe à poux : rapports d'allergie véritable rares. Choisir une classe pharmacologique alternative.

Mesures non pharmacologiques

- Utiliser un peigne fin afin d'effectuer un examen visuel (reportez-vous à la section Caractéristiques de l'examen visuel) lors de l'application du traitement, puis à intervalles réguliers.
- Retirer manuellement les poux, nymphes et lentes lors des jours du peigne
- Éviter certains comportements afin de prévenir la transmission.
- Nettoyer et désinfecter les effets personnels en contact avec les cheveux.

Traitement

Traitement lors d'infestation des sourcils: Gelée de pétrole (VaselineMC ou Lacri-LubeMC) 2 à 4 fois par jour x 1 semaine

2 applications : 0 et 9 jours

- Diméthicone 100cSt, 50 %p/p (NYDA®), vaporisateur. (Vaporiser sur cheveux secs, Laissez agir pendant 30-45 minutes, Après 45 minutes, peigner cheveux avec peigne à poux, Ne pas rincer les cheveux, Laissez sécher au moins pendant 8 heures (une nuit), Laver cheveux avec shampoing habituel.)
- Perméthrine (Kwellada-P® 1%, Nix® 1%), après-shampoing (Laver cheveux avec shampoing sans conditionneur, Assécher à serviette, Appliquer 25 mL, Laisser agir 10 min, Rincer cheveux à l'eau froide, Répéter après 7 à 10 jours)
- Pyréthrinés et butoxyde de pipéronyle (R et C®, Pronto®) shampoing (Appliquer 25 mL sur cheveux secs, Laisser agir 10 min, Ajouter de l'eau et faire mousser à l'eau froide, Répéter après 7 à 10 jours)

3 applications : 0, 7 et 14 jours

- Myristate d'isopropyle 50% et ST- cyclométhicone (Resultz®), solution (Appliquer sur cheveux sec, Laisser agir 10 min, Rincer cheveux à l'eau tiède)
- Huiles anis étoilé et noix coco, ylang- ylang et alcool isopropylique (Zap®), vaporisateur (Vaporiser sur les cheveux secs, Garder un temps de contact de 15 minutes)

Suivi de la pharmacothérapie

Effectuez un suivi 17 jours après le début du traitement

- Vérifier la présence de pou vivant, nymphe ou lente à moins de 6 mm du cuir chevelu lors de l'examen de la tête
- Si échec, s'assurer du respect du traitement (mode d'emploi, temps d'application, nombre d'applications, dilution si nécessaire, cheveux trop mouillés, etc.) et de la non-utilisation d'acide acétique ou revitalisant pour aider à décoller les lentes (nuit à l'action); Reprendre traitement complet si échec avec le même produit (si mal utilisé ou traitement incomplet la première fois) ou produit d'une classe différente (sans égard au schéma thérapeutique employé).
- Si signes d'irritation cutanée du cuir chevelu, nuque et oreilles (peut survenir lorsque le temps de contact trop long ou chez patients susceptibles de développer dermatite de contact). Traitez selon l'irritation de la peau. En présence d'une irritation importante, référez au médecin;
- Si signes mineurs d'infection secondaire (provoquée par grattage), traitez à l'aide d'antibiotiques topiques.

Prophylaxie antibiotique pour les porteurs de valves

Évaluation

Porteur d'une valve cardiaque prothétique (mécanique, bioprothèse ou homogreffe) OU de matériel prothétique utilisé pour la réparation de valve cardiaque

ET l'une des conditions suivantes :

- antécédents d'endocardite infectieuse
- maladie cardiaque congénitale avec cyanose non réparée (incluant les shunts palliatifs et les conduits)
- réparation d'anomalie cardiaque congénitale à l'aide de matériel prothétique ou d'autres corps étrangers durant les six mois précédant la procédure
- réparation d'anomalie cardiaque congénitale avec déficit résiduel au site de la réparation ou adjacent au site de la prothèse ou de la patch prothétique
- patient ayant subi une transplantation cardiaque et qui ont développé une valvulopathie

Procédure à haut risque de conséquences néfastes

- chirurgie cardiaque ou vasculaire
- procédure concernant le tractus respiratoire avec incision ou biopsie de la muqueuse respiratoire comme l'amygdalectomie et l'adénoïdectomie ou une bronchoscopie avec une incision du tractus respiratoire (biopsie)
- procédures dentaires avec une manipulation ou une rupture de la muqueuse gingivale : nettoyage dentaire, extraction dentaire

Traitement

Prophylaxie antibiotique à prendre 30 à 60 minutes avant la procédure

+Évaluez le risque de saignement si patient anticoagulé ou sous traitement antiplaquettaire et au besoin communiquez avec le chirurgien ou dentiste responsable de la procédure afin de modifier ou cesser le traitement.

+Recommandez les mesures d'hygiène buccale habituelles

	Adulte	Enfants
Si pas d'allergie ou contre-indications	Amoxicilline 2 g STAT	Amoxicilline 50 mg par kg
Allergie à la pénicilline	Clarithromycine 500 mg	Clarithromycine 15 mg par kg
	Azithromycine 500 mg	Azithromycine 15 mg par kg
	Clindamycine 600 mg	Clindamycine 20 mg par kg
	Céphalexine 6g	Céphalexine 50 mg par kg
	Céfadroxil 2g	Céfadroxil 50 mg par kg

Suivi de la pharmacothérapie

Consulter si un des symptômes suivants apparaît suite à la procédure : fièvre, frissons, faiblesse, fatigue, douleurs articulaires et musculaires, sueurs nocturnes, essoufflement, toux persistante, enflure des pieds, des jambes ou de l'abdomen, perte de poids inexplicable, hématurie

Prophylaxie cytoprotection chez les patients à risque

Critères

Ordonnance AINS ou modification de la situation clinique

Démarche

- Présence de dyspepsie (reflux ou acidité)
- Dyspepsie connue du MD
- Antécédents d'ulcère digestifs

Comorbidités

- Arthrite rhumatoïde sévère avec usage à long terme ou haute dose d'anti-inflammatoire
- Diabète
- Insuffisance cardiaque
- Maladie cardiovasculaire

Médicaments

- antiplaquettaires (AAS, plavix ou clopidogrel, effient ou rasugrel, brillinta ou ticagrelor)
- corticostéroïdes (prednisone ou dexaméthasone)
- ISRS (citalopram, escitalopram, paroxetine, fluoxetine, sertraline, fluvoxamine)
- AINS à haute dose (incluant AAS)

Évaluation du risque

Facteurs de risque modéré – prise d'ains et un des facteurs suivants :

- âge >65 ans et <75 ans
- antécédent d'ulcère non compliqué des voies digestives hautes
- présence d'une comorbidité (arthrite rhumatoïde sévère avec usage à long terme ou haute dose d'AINS, diabète, insuffisance cardiaque ou autre maladie cardiovasculaire)
- prise de médicaments (antiplaquettaires, stéroïdes per os, ISRS, prise >2 AINS ou d'un AINS à haute dose - incluant l'ASA à dose antiplaquettaire)

Facteurs de risque élevé – prise d'ains et un des facteurs suivants :

- âge ≥75 ans
- antécédent d'ulcère compliqué (hémorragie digestive ou perforation)
- prise de warfarine
- plus de 2 facteurs des risques modérés

(Pour les patients à risque élevé, l'AINS prescrit devrait en être un de la classe de COXIB)

Traitement

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| □ Pantoprazole 40 mg DIE | □ Oméprazole 20 mg DIE | □ Lansoprazole 30 mg DIE |
| □ Rabéprazole 20 mg DIE | □ Esoméprazole 40 mg DIE | □ Dexlansoprazole 60 mg DIE |
| □ Misoprostol 200 mcg QID | | |

Suivi de la pharmacothérapie

Effectuez un suivi à chaque renouvellement :

- adhésion au traitement - discutez de l'importance de prendre son médicament tel que prescrit;
- symptômes de dyspepsie ou de reflux de novo malgré une cytoprotection. Dans l'affirmative, référez le patient à un médecin;
- évaluation de la nécessité de poursuivre la cytoprotection;
- présence des signaux d'alarme suivants (référez le patient pour une consultation médicale immédiate):
 - douleur abdominale sévère ou douleur de type cardiaque;
 - perte de poids inexpliquée de plus de 3 kg dans les 6 derniers mois;
 - dyspnée de novo ou fatigue chronique;
 - dysphagie ou odynophagie;
 - vomissements répétés;
 - méléna ou hématurie.

Prophylaxie du mal aigu des montagnes

Évaluation

- Itinéraire (écrire les dénivelés de chacune des journées ainsi que l'altitude du sommeil)
- Altitude maximale atteinte (maximum de 4000 m, et minimum de 2000m pour 24 heures)
- Organisation ayant accès à des soins médicaux d'urgence. Groupe de voyageur organisé.
- Séjour antérieur en haute altitude □ ATCD oedème en haute altitude
- Possibilité d'être évacué rapidement en cas de besoin
- Allergie croisée avec sulfamidés. □ Prise de lithium.

Démarche

Montée en haute altitude non recommandée

- MPOC sévère □ maladie coronarienne avec angine non contrôlée
- signes d'insuffisance cardiaque droite ou d'insuffisance cardiaque congestive non compensée
- hypertension pulmonaire □ anomalies vasculaires pulmonaires
- anémie à cellules falciformes (avec histoire de crise en basse altitude)

Facteurs d'exclusion

- chirurgie ou irradiation de l'artère carotide □ maladie cardiaque congénitale □ apnée du sommeil
- trouble de la respiration relié au sommeil □ diabète (contrôlé ou non) □ MPOC modérée
- fibrose kystique □ anticoagulation □ ATCD œdème pulmonaire (OPHA) OU oedème cérébral (OCHA)
- hypertension artérielle non contrôlée □ maladie coronarienne avec angine stable
- arythmie importante □ insuffisance cardiaque congestive compensée □ maladies cérébrovasculaires
- présence de caractéristiques de cellules falciformes □ kératotomie radiale □ rétinopathie diabétique
- maladie convulsive non médicamentée ou non contrôlée ou histoire familiale de seuil épileptique bas
- cancer (pas contre-indication absolue, mais évaluation médicale nécessaire)
- <12 ans (expression des symptômes plus difficile et peut nuire au diagnostic de MAM + effet possible sur la croissance)
- présence de toute pathologie instable (ex. : asthme, pathologie psychiatrique, MII, etc.)
- migraine avec aura (symptômes augmentent en altitude)
- grossesse (pas contre-indication absolue, mais évaluation médicale complète nécessaire)
- prise de CHC (pas contre-indication absolue, évaluer risque de thrombose et au besoin modification du contraceptif).

Évaluation

Risque	Facteurs de risque
léger (non requise)	Absence d'histoire de MAM et Ascension < 2750 m Ascension à 2500-3000m en plus de 2 jours, et ↑ 500 m/jour (sommeil) avec jour de repos à chaque 1000 m
modéré (à considérer)	Histoire MAM et ascension ≥ 2500-2800m en 1 jour Absence histoire MAM et ascension > 2800 m en 1 jour Ascension > 500 m/jour (sommeil) après 3000 m, mais respect du 1 jour repos à chaque 1000 m
élevé (fortement recommandée)	Histoire MAM et ascension ≥ 2800 m en 1 jour OU Ascension > 3500 m en 1 jour OU Histoire OPHA ou OCHA Ascension > 500 m/jour (sommeil) après 3000m, et pas de jours de repos Ascension très rapide (< 7 jrs Mt Kilimanjaro)

Raison de prescrire : □ montée rapide en altitude □ vol direct □ ATCD □ désir de prophylaxie

Mesures non pharmacologiques

Recommandations sur l'ascension des montagnes

Traitement

- Acétazolamide dose prophylactique (125 mg PO BID) à commencer 24 à 48 heures avant ascension (2500m) et poursuivre 48 heures après atteinte de l'altitude maximale ou redescente (selon ce qui survient en premier)
- Acétazolamide à dose thérapeutique (250 mg BID à TID) à débiter en cas de symptômes du MAM seulement - score du lac Louise ≥ 3 et poursuivre 48 à 72 heures. Attendre disparition des symptômes avant de continuer ascension.

Prophylaxie du paludisme

Évaluation

Pays visité : _____ Durée du voyage : _____ Type : tout inclu, hors des sentiers touristique, excursions
☐ Voyage dans des zones rurales ☐ À l'extérieur crépuscule et aube ☐ Risque complications (< 5 ans, grossesse)

Facteurs d'exclusion

- ☐ Immunosuppression (VIH, Rx immunosuppressives, etc.) ☐ Cancer actif ☐ Infarctus récent (<3 mois)
- ☐ Angine instable ☐ Grossesse multiple ou femme enceinte au 3e trimestre
- ☐ Maladie chronique grave (insuffisance cardiaque, insuffisance rénale modérée à sévère ou insuffisance hépatique)
- ☐ Anticoagulothérapie (tenter de débiter l'antipaludéen avant le départ et d'effectuer une mesure de l'INR (ajustement à prévoir)
- ☐ Maladie chronique non contrôlées (Diabète, Hypertension, Maladie inflammatoires de l'intestin)

Facteurs à considérer

- ☐ Déficience en G6PD (quinine) ☐ Convulsion ou épilepsie (sauf fébriles)
- ☐ Troubles visuels, auditifs cardiaque ou psoriasis généralisé
- ☐ Schizophrénie, psychose, MAB, anxiété généralisée, dépression active.
- ☐ Activités avec coordination fine discrimination spatiale.
- ☐ Troubles de conduction cardiaque (arythmie ou autre)
- ☐ Grossesse ☐ Allaitement ☐ Clcr < 30 ml/min ☐ Enfants

Évaluation

Zones sensibilité chloroquine (Haïti, République dominicaine, Partie Amérique centrale, Afrique du Nord, Régions Moyen-Orient, Ouest et centre de la Chine) : Chloroquine *, Alternatives (Hydroxychloroquine, Mefloquine, Atovaquone/proguanil, Doxycycline)

Zones résistance chloroquine (Afrique subsaharienne, Amérique du Sud, Océanie et Asie, voir CDC) : Mefloquine * ou Atovaquone/proguanil, Alternative (Doxycycline)

Zones résistance chloroquine ET méfloquine (pays d'Asie, d'Afrique et d'Amazonie, Asie du Sud-Est, voir CDC): Atovaquone/proguanil * (après), Alternative (Doxycycline)

Traitement

Traitement en fonction des zones, sensibilité, résistance (* agents préférés en G/A : éviter si possible)

Antipaludéens	# doses	Début	Arrêt	Doses	Adulte	Enfants
Chloroquine	1 dose par sem.	1 semaine	4 semaines	----- CC	Par sem (500 mg) Charge (1000 mg/BID)	8 mg/kg Charge (16 mg/kg/BID)
Hydroxy-chloroquine	1 dose par sem.	1 semaine	4 semaines	----- CC	Par sem (400 mg) Charge (800 mg/BID)	6.5 mg/kg Charge (13 mg/kg/BID)
Méfloquine	1 dose par sem.	1 semaine	4 semaines	-----	Par sem (250 mg) Charge (1 co die x 3 jrs)	> 6 mois et > 5 kg voir doses
Atovaquone/ proguanil	1 dose par jour	1 à 2 jour	1 semaine	----- avec gros repas	250mg/100 mg	Pédiatrique : 62.5mg/ 25 mg (voir dose)
Doxycycline	1 dose par jour	1 à 2 jour	4 semaines	----- CC	100 mg	> 8 ans 2 mg/kg (voir dose)

Mesures non pharmacologiques

Insectifuges

Adultes : DEET 20 à 30 % ou Icaridine 20 %

Enfants de 2 à 12 ans: DEET 10 % ad tid ou Icaridine 20 %

Enfants de 6 mois à 2 ans : Icaridine 20 %, Alternative (DEET 10 % die)

Enfants de moins de 6 mois (si risques élevés seulement) : DEET 10 % ou Icaridine 10 %

Suivi de la pharmacothérapie

Consulter si symptômes s'apparant à la malaria apparaisse en cours de voyage

Rhinite allergique

Critères

- ≤ 5 années depuis dernier traitement prescrit par un autre professionnel
- > 2 ans

Symptômes

- écoulement nasal clair antérieur et postérieur
- congestion nasale bilatérale
- conjonctivite bilatérale
- éternuements qui n'arrêtent pas
- démangeaisons nasales
- démangeaisons gorge

Facteurs d'exclusion

- sécrétions purulentes au niveau des yeux
- maux de tête sévères
- douleur faciale au niveau des sinus
- congestion nasale d'un seul côté
- fièvre ou frissons
- malaise général
- saignements de nez récurrents
- symptômes déclenchés par l'air climatisé ou autre facteurs
- symptômes de sinusite : rhinorrhée colorée antérieure ou postérieure, douleur faciale ou dentaire unilatérale, céphalées persistantes
- prise de médicaments (ex. : IECA, ASA, AINS, bêta-bloqueurs, chlorpromazine, méthyldopa, phentolamine, prazosin, terazosin, décongestionnant topique, contraceptifs oraux, etc.)
- grossesse ou début d'un traitement de contraceptifs oraux ou à la suite d'une dysfonction thyroïdienne (rhinite hormonale)
- symptômes apparus suite à exposition à polluant ou irritant chimique (rhinite vasomotrice, non-allergique)

Mesures non pharmacologiques

- éviter les allergènes (poussière, animaux, pollen, etc.);
- éviter les irritants (fumée secondaire);
- éviter d'ouvrir les fenêtres lorsque l'indice de pollen est élevé.

Traitement

Corticostéroïde intra-nasal prescrit

- Béclo méthasone nasal (Beconase) : 1-2 vaporisations par narine BID-QID (6-12 ans : maximum BID)
- Budésonide (Rhinocort) : 2 vaporisations par narine DIE ou 1 vaporisation BID (6-12 ans max 128 mcg par jour)
- Ciclésonide (Omnaris) : 2 vaporisations par narine DIE (6-11 ans 1-2 DIE)
- Flunisolide nasal (Rhinalar) : 2 vaporisations par narine BID-QID (6-14 ans 1 DIE-TID ou 2 BID)
- Fluticasone furoate (Avamys) : 2 vaporisations par narine DIE (max 8 vaporisations par jour) (2-12 ans 1-2 DIE)
- Fluticasone propionate (Flonase) : 2 vaporisation par narine DIE (max 8 vaporisations par jour) (4-11ans 1-2 DIE)
- Mométasone (Nasonex) : 2 vaporisations par narine DIE (2-12 ans 1 DIE)
- Triamcinolone (Nasacort) : 2 vaporisations par narine DIE-BID (max 4 vaporisations par jour) (2-5 ans 1 DIE, 6-11 ans 2 DIE)

Antihistaminique oral

- Bilastine (Blexten) 20 mg DIE
- Cétirizine (Reactine) 5-20 mg DIE (5-10 mg DIE (personnes âgées), 2 à 6 ans: 2,5mg DIE-BID, > 6 ans: 5 -10 mg DIE)
- Chlorphéniramine (Chlortripolon) 16-24 mg/ jour (enfants : 0,35mg/kg/jour (q4-6h))
- Cyproheptadine (Périactin) 4 mg TID ad 32 mg/jour
- Desloratadine (Aérior) 5mg DIE (2-5 ans: 1,25 mg DIE, 6-11 ans: 2,5mg DIE)
- Diphénhydramine (Bénadryl) 25-50 mg aux 4 à 6 heures (enfants 1,25mg/kg/dose QID)
- Fexofénadine (Allegra) 60 mg BID ou 120mg DIE
- Hydroxyzine (Atarax) 25-100 mg T-QID (enfants 0,25-0,67 mg/kg/dose)
- Loratadine (Claritin) 10 mg DIE (≥ 2 ans ≤30kg : 5 mg DIE, >30kg : 10 mg DIE)
- Prométhazine (Phenergan) 10-12,5mg QID Max: 150 mg / jour
- Rupatadine (Rupall) 10 mg DIE (2-12 ans 10-25 kg : 2,5 mg DIE, > 25 kg : 5 mg die, 12-18 ans:10 mg DIE)

Stabilisateur des mastocytes ou anti-histaminique nasal

- Cromoglycate nasal (Rhinaris CS) : 1 à 2 vaporisation par narine TID-QID (max 6 fois par jour)
- Levocabastine (Livostin) : 2 vaporisation par narine BID-QID
- Ipratropium nasal (Atrovent nasal) : 2 vaporisation par narine BID-QID
- Fluticasone propionate et azélastine nasale (Dymista) : 1 vaporisation BID

Suivi de la pharmacothérapie

Effectuez un suivi après 2 semaines de traitement avec un CSIN

- Si amélioration des symptômes, avisez le patient de poursuivre le traitement
- Si détérioration des symptômes, vérifiez l'adhésion au traitement. Autrement, référez au médecin.

Salbutamol en situation d'urgence

Symptômes

Symptômes principaux menant à l'administration de salbutamol

- Détresse respiratoire
- Dyspnée aigue sévère ou détériorée (inconfort respiratoire)

Autres signes et symptômes possibles de détresse respiratoire

- Anxiété ou agitation
- Altération de l'état de conscience ou confusion
- Battements des ailes du nez chez le bébé
- Cyanose (pâleur de la peau)
- Diaphorèse (hypersudation)
- Hyperventilaion
- Sifflements respiratoires (wheezing)
- Respiration rapide, essoufflement
- Utilisation des muscles accessoires (cou, épaules, abdomen) pour respirer (tirage)
- Toux (sèche ou grasse)
- Trouble d'élocution en raison de la dyspnée
- Respiration bruyante (râle et ronchis)
- Douleurs thoracique (oppression)
- Respiration à lèvres pincées

Signaux d'alarme

- Obstruction des voies respiratoires par un corps étranger
- Stridor (bruit respiratoire de haute tonalité, apparaît lors d'une atteinte de la glotte ou trachée. Peut être causé par l'aspiration d'un corps étranger)
- Allergie de type choc anaphylactique
- Altération de l'état de conscience
- Agitation excessive

Traitement

- Salbutamol (Ventolin) 100 mcg inhalateur 2 inh STAT
- Aérochambre
- Appel au 911

Suivi de la pharmacothérapie

Réponse au traitement de salbutamol (dyspnée améliorée, aggravée ou inchangée)

Appel au 911 fait à XXhXX

Informations complémentaires à documenter

- Description subjective de la dyspnée par le patient
- Prise de médicaments pour soulager sa dyspnée avant la consultation? Si oui le ou lesquels?
- Présence de comorbidités respiratoires et cardiaques (ex : asthme, MPOC, maladie interstitielle pulmonaire, insuffisance cardiaque) et médication usuelle associée
- Autres comorbidités pertinentes : allergie, anxiété, etc.
- Facteur ayant précipité la dyspnée, s'il y a lieu
- Facteur qui aggrave la dyspnée ou qui la soulage
- Moment d'apparition, manière d'apparition et de sa progression, délai jusqu'à l'administration du salbutamol
- Position adoptée par le patient pour faciliter sa respiration
- Troubles d'élocution avec incapacité à verbaliser une phrase complète sans reprendre son souffle (estimation du nombre de mots consécutifs par respiration)
- Autres signes et symptômes connexes, (ex : douleur thoracique, œdème des membres inférieurs, distension des veines jugulaires, fièvre, expectorations, hémoptysies, douleur subite au mollet)

Strep-test

Clientèle visée

Patient avec mal de gorge (odynophagie) ayant préalablement consulté un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée et se présentant avec une ordonnance d'antibiotique conditionnelle à servir si le résultat au test rapide de détection du SGA est positif

Intentions thérapeutiques

- Permettre au pharmacien de confirmer le diagnostic de pharyngite au SGA et l'indication du traitement
- Assurer un usage optimal des antibiotiques dans le traitement de la pharyngite au SGA
- Réduire durée des symptômes (1 jour), limiter la transmission et prévenir les complications (rhumatisme articulaire aiguë).

Contre-indications

Ne pas faire le test, contacter le 911.

- Détérioration marquée entre le rendez-vous médical et la présentation à la pharmacie (baisse de la tension artérielle, altération de l'état mental, confusion, léthargie)
- Obstruction des voies respiratoires supérieures ou suspicion d'épiglottite : voix étouffée, salivation importante, stridor, position tripode, détresse respiratoire en présence de dyspnée ou tachypnée (toux généralement absente)
- Suspicion de présence de corps étranger dans les voies respiratoires

Précautions

Évaluer le risque de complications, communiquer avec le médecin.

- Histoire d'aspiration
- Précautions déjà en place pour une atteinte possible à la colonne cervicale
- Chirurgie ORL récente
- Fractures au visage
- Suspicion d'infection profonde (abcès périamygdalien ou rétropharyngé): trismus caractérisé par une incapacité à ouvrir la bouche, angine sévère, une « voix de patate chaude » (parler comme si on avait un objet chaud dans sa bouche) et une déviation uvulaire, ou gonflement du cou.

Caractéristiques des tests

- Tests soumis à la régulation de Santé Canada sur les « instruments diagnostiques in vitro » avec un système de classement pour déterminer le niveau d'évidence requis selon son impact : classes I (risques faibles) à IV (risques importants)
- Tests rapides de détection du SGA sont effectués dans des milieux de soins à proximité du patient et doivent fournir les résultats en quelques minutes et sont catégorisés dans la classe III, donc se basent sur niveau d'évidence relativement élevé.
- « Les instruments diagnostics in vitro » sont également soumis à un règlement en matière d'étiquetage. Parmi les sections exigées utiles pour le pharmacien, on retrouve : directives d'utilisation, composants du test, mises en gardes et précautions, interprétation des résultats, précision du test, limitations du test, directives d'entreposage)

Tests disponibles

- Plusieurs tests de détection du SGA existent. Majorité ont un haut niveau de spécificité de près de 95% (capacité à détecter les vrais négatifs) mais une sensibilité moindre à près de 85% (capacité à détecter les vrais positifs). Spécificité et sensibilité augmentent quand la technique d'échantillonnage est optimale avec un inoculum suffisant, et inversement.
- Tests se basent sur l'identification d'antigènes spécifiques au SGA par des anticorps. Avantage principal est la rapidité de l'obtention des résultats, mais le test doit être fait avant l'initiation (l'administration) des antibiotiques.
- Identification par immunoessai chromatographique (migration des anticorps) ou immunoessai enzymatique (coloration)
- Résultat s'affiche sur bandelette ou sur cassette.

Matériel

- Test disponible à la pharmacie et écouvillon stérile
- L'écouvillon ne doit pas être à base de calcium alginate et la tige ne doit pas être en bois
- Abaisse-langue (bâton en bois)
- Lampe
- Chronomètre si besoin selon les instructions du test rapide
- Équipement de protection : blouse, gants, masque médical, protection oculaire

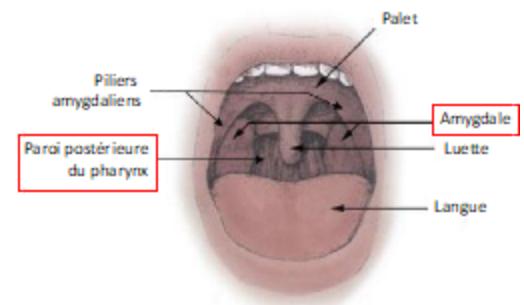
- Matériel additionnel en présence de covid-19 : masque N95 et/ou protection faciale

Avant le prélèvement

- Rassembler les éléments de protection individuelle et le test de détection rapide du SGA
- Installer le patient dans une aire confidentielle adaptée (bureau fermé, ventilé)
- S'assurer que le patient ne s'est pas gargarisé avant le test
- Se laver les mains
- Porter l'équipement de protection (blouse, gants, masque médical, protection oculaire)
- Expliquer les étapes de la procédure au patient
- Insister sur l'importance de sa coopération pour obtenir un échantillon valide.
- Aviser le patient qu'un sentiment de chatouillement au niveau de la gorge est possible.

Pendant le prélèvement

- Ouvrir l'emballage de l'écouvillon stérile
- Ne pas toucher au bord stérile de l'écouvillon
- Afin d'exposer le pharynx, demander au patient de :
 - S'asseoir avec le dos droit (si possible)
 - Plier sa tête légèrement vers l'arrière. (au besoin, accoter sa tête sur un mur ou faire tenir par le professionnel)
 - Ouvrir bouche et ne pas lever la langue (possible de tirer la langue)
 - Dire « ah » pour relaxer les muscles du pharynx et minimiser le réflexe nauséux
- Utiliser une lampe de poche et presser sur la langue avec un bâton de bois pour rendre le pharynx plus visible
- Tenir l'écouvillon de manière horizontale (comme illustré dans la figure suivante)
- Insérer avec dextérité la tige et la faire frotter aux amygdales et la paroi postérieure du pharynx (derrière le palais) en effectuant un mouvement légèrement rotatoire. Frotter avec détermination mais sans pression excessive les zones enflammées et contenant un exsudat.
 - Le bord stérile de l'écouvillon ne doit pas toucher à la langue, aux gencives ou aux dents.
 - Cette étape dure quelques secondes
- Retirer l'écouvillon et procéder à l'analyse.



Après le prélèvement

- Suivre étapes indiquées par fabricant pour faire l'extraction de l'antigène propre au SGA ou le test moléculaire (voir matériel supplémentaire).
- Échantillon n'est pas considéré un déchet biologique selon la définition officielle du gouvernement du Québec. Cependant le spécimen doit être manipulé avec précaution et jeté sécuritairement dans une poubelle fermée.
- Nettoyer les surfaces avec de l'eau et du savon.
- Enlever l'équipement de protection et se laver les mains.

Analyse du résultat

- Interpréter les résultats comme indiqué par le fabricant du test.
- Décision de servir ou non l'antibiotique :
- patients < 18 ans avec un résultat du test rapide du SGA négative, une culture doit être faite pour confirmer le résultat
 - pharmacien réfère à un CLSC ou un hôpital à proximité pour effectuer culture pour confirmer le résultat négatif
 - résultats de culture prennent généralement 24-48h (pharmacien doit assurer le suivi des résultats et servir l'antibiotique si le résultat de culture s'avère positif.)

Documentation

Documenter dans le dossier patient : Date et heure de la collection, contre-indication à la procédure (si applicable), site de prélèvement, réponse du patient à la procédure, résultat du test et conduite

Contagiosité

- Transmission se fait par gouttelettes et par contact. Personne infectée par le SGA est contagieuse 7 jours avant de présenter des symptômes et jusqu'à 24h après le début de traitement. Patient doit donc éviter d'avoir des contacts rapprochés jusqu'à disparition de fièvre et complétion de 24h de traitement antibiotique
- Risque de contagion augmente dans les cas suivants : Durée de contact avec le cas supérieur à 4h par jour, Partage du même lit avec le cas, Contact d'une muqueuse orale ou nasale avec les sécrétions orales ou nasales du cas

Considérations éthiques

- Obtenir le consentement du patient ou du tuteur légal pour les patients de moins de 14 ans.
- Pharmacien doit sélectionner un test parmi les tests disponibles sur le marché en considérant le meilleur intérêt du patient.

Entreposage

- Test doit être gardé à un endroit sec entre 15 et 30 °C.
- Idéalement, effectuer le test directement après avoir pris l'échantillon.
- Consulter la monographie du fabricant pour savoir pendant combien de temps un échantillon obtenu est encore fiable.

Références utiles

[Ligne directrice de l'INESSS sur le traitement de la pharyngite](#)

[Lignes directrices de l'Infectious Diseases Society of America \(IDSA\) sur le traitement de la pharyngite](#)

Supplémentation vitaminique

Critères

- planification de grossesse (temps prévu)
- enceinte (nombre de semaine)

Évaluation

- Âge (≤ 20 ans ou > 40 ans)
- IMC > 30 ou > 80 kg pré-grossesse
- Clinique de fertilité
- Diète (végétarien, végétalien, paléo ou autre)
- Abus MVL (codéine, dimenhhydrinate ou diphenhydramine)
- Intolérances ou allergies (PregVit ne contient pas lactose, gluten, tartrazine)
- Antécédents obstétricaux (fausse couche, hypertension ou diabète de grossesse, prééclampsie)
- Anomalies personnelle ou familiale (1^e et 2^e degré)

formation de la lèvre supérieure ou du palais (fente orofaciale et palatine), certaines anomalies cardiaques, des voies urinaires, anomalies réductionnelles des membres (bras ou jambes) et hydrocéphalie congénitale, du tube neural

- Conditions particulières

Alcoolisme, Diabète (type 1 ou 2), Maladie gastro-intestinale, hépatique, Épilepsie, Hypertension artérielle, Faible alimentation, Hypothyroïdie, Dialyse, Pontage gastrique, Hypercholestérolémie

- Prise de médicaments

tératogènes (Acide valproïque, Carbamazépine, Divalproex, Phénytoïne, phénobarbital, primidone, Methotrexate, Sulfasalazine, Triamtrène, Triméthoprim), diminuant l'absorption des folates (Cholestyramine), ou interagissant avec acide folique (Metformine, barbituriques))

Recommandation

Faible : Multivitamine 0,4-1,0 mg d'acide folique DIE (3 mois pré ad 4-6 sems post partum ou pendant allaitement)

Partenaire féminin: Sans antécédent (ATN ou sensibles). Régime alimentaire de piètre qualité/restreint ou régimes amaigrissant fréquents et/ou rejet des aliments enrichis en acide folique (ex.: régimes faibles en glucides). Faible statut socioéconomique. Tabagisme.

Partenaire masculin: Sans antécédent (ATN ou sensibles)

Modéré : Multivitamine contenant 1,0 mg d'acide folique DIE (3 mois pré ad 12 sems), puis **contenant 0,4-1,0 mg d'acide folique DIE** (jusqu'à 4 à 6 sems post-partum ou pendant l'allaitement)

Partenaire féminin: Antécédents personnels ou familiaux (sensibles). Antécédents familiaux d'ATN (1e ou 2e degré). Diabète préexistant (type 1 ou 2). Médicaments tératogènes. Anticonvulsivants. Médicaments diminuant absorption ou interagissant avec l'acide folique. Abus de MVL. Malabsorption GI (coeliaque, inflammatoire chronique de l'intestin, pontage gastrique et maladie hépatique avancée). Consommation excessive d'alcool. Dialyse. IMC > 30 ou 80 kg

Partenaire masculin: Antécédents personnels d'ATN. Antécédents familiaux d'ATN (1e ou 2e degré)

*dernières lignes directrices SOGC proposent 1 mg mais Santé Canada, indique dose plus élevée (4 ou 5 mg)

Élevé : Multivitamine contenant 1,0 mg d'acide folique plus 3 x 1,0 mg d'acide folique ou 5,0 mg (3 mois pré ad 12 sems), puis **contenant 0,4 mg-1,0 mg d'acide folique** (jusqu'à 4 à 6 sems post-partum ou pendant l'allaitement)

Partenaire féminin: Antécédents personnels ou de grossesse d'ATN.

Partenaire masculin: Antécédents personnels d'ATN ou de fœtus affecté par une ATN.

Traitement

Acide folique: réduire l'incidence d'anomalies congénitales

Vitamine B12 : risque que supplémentation en acide folique puisse masquer une carence en vitamine B12 (2,6 µg/jour)

Multivitamine : ne pas prendre plus d'une dose quotidienne de multivitamine

- PregVit et PregVit Folic 5 : 12 µg de vitamine B12
- Materna : 2,6 µg de vitamine B12
- Jamieson Prénatal: 10 µg de vitamine B12 par comprimé
- Centrum Prénatal: 2,6 µg de vitamine B12 par comprimé

Suivi de la pharmacothérapie

Effectuer lors du renouvellement, assurez-vous que la patiente tolère bien son supplément vitaminique et y adhère.

Effectuez après 6 à 8 mois chez patientes recevant ≥ 1 mg d'acide folique par jour

- En l'absence de grossesse, diminuer à 0,4 mg/jour pendant 6 mois.
- Si après cette période, la patiente n'est toujours pas enceinte, référez celle-ci à son médecin.

Vaginite à levure

Critères

- ≤ 5 années depuis dernier traitement prescrit par un autre professionnel
- < 4 épisodes dans l'année
- ≥ 12 ans et ≤ 60 ans

Symptômes

- sécrétions vaginales blanchâtres d'apparence 'fromage cottage' □ démangeaisons
- sans odeur □ légère sensation de brûlure □ picotement □ rougeur
- fréquence urinaire augmentée □ difficulté à uriner □ douleur légère lors de relations sexuelles

Facteurs d'exclusion

- Âge du patient (< 12 ans ou > 60 ans ou ménopausée) □ grossesse □ diabète non contrôlé
- immunosupprimé (VIH ou prise d'immunosuppresseurs) □ à risque d'ITS ou symptômes chez partenaire
- récurrence en moins de 2 mois □ ≥ 4 épisodes dans la dernière année

Signaux d'alarme

- pertes vaginales colorées ou malodorantes □ douleur importante pendant les relations sexuelles
- saignements vaginaux anormaux □ lésions bombées au niveau vaginal
- fièvre ou frissons □ malaise général
- douleurs musculaires □ nausées ou vomissements
- lésions cutanées ou buccales inexpliquées □ crampes menstruelles anormalement douloureuses
- changements dans les menstruations

Traitement

Première ligne

- Clotrimazole vaginal (Canesten vaginal) : appliquer HS pour 1 à 7 jours
- Miconazole vaginal (Monistat) : appliquer HS pour 1 à 7 jours
- Terconazole (Terazol) : Miconazole vaginal (Monistat) : appliquer HS pour 3 à 7 jours

Deuxième ligne

- Nystatine vaginale (Mycostatin vaginal) : appliquer DIE à BID pour 1 à 2 semaines

Traitement oraux

- Fluconazole (Diflucan) : prendre 150 mg en 1 dose
- Fluconazole (Diflucan) + clotrimazole topique (Canesoral) : prendre 150 mg en 1 dose et appliquer HS pour 1 à 7 jours
- Fluconazole (Diflucan) + miconazole topique () : prendre 150 mg en 1 dose et appliquer HS pour 1 à 7 jours

Mesures non pharmacologiques

- Utiliser un savon doux et non parfumé pour nettoyer la région génitale.
- Éviter les douches vaginales, les déodorants, les bains moussants, les huiles ou les bulles de bain.
- Éviter les sous-vêtements en tissus synthétiques (nylon).
- Porter des vêtements amples et des sous-vêtements en coton blanc.

Suivi de la pharmacothérapie

Effectuez un suivi après 7 jours :

- Si amélioration des symptômes, avisez la patiente que le traitement est terminé
- Si détérioration des symptômes, vérifiez l'adhésion au traitement. Autrement, référez au médecin

VIH - Prophylaxie post-exposition

Critères

- Exposition accidentelle à un liquide biologique ou sang potentiellement contaminé (pas contexte de travail)
- Patient doit être référé dans les 72 heures suivant l'amorce de la thérapie avec un formulaire rempli

Démarche

Moment (Date et heure de l'exposition): _____

1. Exposition

Type de liquide : □ Sang □ Sperme □ Sécrétions vaginales □ Autres liquides biologiques (pleural, amniotique, péricardique, péritonéal ou ascitique, synovial, céphalorachidien) □ Lait maternel □ Salive (non sauf si teintée de sang)

Type d'exposition : □ Sexuelle (insertif ou réceptif ou partage d'objets, oral/anal/vaginal, amorce peu importe car inconnu...)

□ Partage de matériel d'injection □ Percutanée (piqûre d'aiguille potentiellement contaminée ou contaminée)

□ Morsure humaine avec/sans (pas de PPE) présence de sang dans la bouche ou la plaie (mordeur/victime)

2. Evaluation de la personne source

Statut VIH

□ Inconnu (PPE envisagée si personne source à risque et symptômes de primo-infection dans les 3 derniers mois)

□ Séro+, Charge virale inconnue ou > 200 copies/ml (PPE recommandée)

□ Séro- ou Séro+ avec < 200 copies/ml tel que mesurée tous les 4 à 6 mois (PPE généralement non-recommandée)

Groupe à risque □ Homme gai/bisexuel/HARSAH □ Utilisateur de drogue injectable

□ Originaire d'un pays où le VIH est endémique (voir guide MSSS) □ Autre

Sx primo-infection dans les 3 derniers mois (fièvre, diaphorèse nocturne, adénopathies)

□ Oui □ Non □ Ne sait pas

Évaluation du risque de contamination => Site de l'ABCPQ ou MSSS ou INSPQ <https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/outils-vih>
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000319/?&txt=prophylaxie&msss_valpub&date=DESC

Facteurs d'exclusion

- Test de dépistage positif au VIH (Doit recevoir un traitement adapté)
- Exposition dans le cadre du travail => Doit voir médecin pour indemnisation CNESST
- Exposition depuis > 72 heures (PPE inefficace)

Traitement

Toujours référer le patient pour dépistage adéquat des ITSS, incluant Hépatite B, C, Gonorrhée, Chlamydia et Syphilis. 1er service de 3 à 4 jours (si fériés) pour initiation rapide, mais suivi d'une évaluation médicale complète (avec ou sans la prescription d'un PPE)

CI Cr : _____ Bilan Hépatique : _____ Interactions : _____ Grossesse/allaitement : _____

□	Tenofovir/emtricitabine (Truvada) 300 mg + 200 mg DIE Raltégravir (Isentress) 400 mg BID	□ 3 jours □ 28 jours
□	Tenofovir/emtricitabine (Truvada) 300 mg + 200 mg DIE Raltégravir (Isentress HD) 1200 mg DIE	□ 3 jours □ 28 jours
□	Tenofovir/emtricitabine (Truvada) 300 mg + 200 mg DIE Dolutégravir (Tivicay) 50 mg DIE	□ 3 jours □ 28 jours

Mesures non pharmacologiques

- Effectuer les premiers soins en cas d'exposition non sexuelle
- Porter le condom jusqu'à un dépistage négatif. Interdiction de faire don de sang, de sperme et de lait maternel.
- Éviter le partage d'instrument pouvant être souillés par le sang (Rasoir, brosse à dent, Matériel d'injection)

Suivi de la pharmacothérapie

- Remettre un formulaire au patient justifiant l'amorce de la pharmacothérapie
- Après 72 heures => S'assurer que le patient a consulté
- Suivi de l'adhésion (PRIMORDIALE)
- Suivi FSC + sérologique à 2 semaines si risque rénal, 4 semaines, 3 mois et 6 mois (Efficacité PPE).
- Suivi des effets indésirables (feuillets) et des symptômes de séroconversion (fièvre, sueurs nocturnes, lymphadénopathies)

Zona

Symptômes

Lésions cutanées

- unilatérales
- érythémateuses
- initialement papulaires puis vésiculaires claires,
- de 2 à 3 mm
- regroupées le long d'un dermatome (surtout thoracique, cervical ou ophtalmique)

Névralgie

- douleur
- paresthésie
- prurit
- allodynie
- dysesthésie
- sensation de brûlure

Considérations

- < 72 heures (si plus de 72 hrs considérer traitement si lésions en développement, atteinte sévère ou comorbidités)
- Patient ≥ 50 ans (considérer traitement chez les plus jeunes si affecte la qualité de vie ou atteinte modérée à sévère)

Facteurs d'exclusion

- < 18 ans
- Immunosuppression
- Grossesse
- Atteinte cutanée de plusieurs dermatomes (zona compliqué)
- Lésion cutanée traversant la ligne médiane du corps
- Atteinte importante de l'état général
- Douleur, rougeur, chaleur, oedème qui s'étend au-delà des lésions de zona (surinfection)
- Absence d'un dermatome et apparence de cellulite
- Présence de symptômes au niveau de la tête ou du cou

Traitement

Antiviral

- Acyclovir (Zovirax) 800 mg PO 5 fois/jour x 7 à 10 jours (ajustement si IRC ClCr ≤ 25 ml/min)
- Famciclovir (Famvir) 500 mg PO TID x 7 jours (ajustement si IRC ClCr ≤ 60 ml/min)
- Valacyclovir (Valtrex) 1000 mg PO TID x 7 jours (ajustement si IRC ClCr ≤ 50 ml/min)

Analgésique

- acétaminophène (Tylenol) 1 g QID PRN x 7 à 10 jours
- ibuprofène (Advil) 400 mg TID PRN x 7 à 10 jours
- naproxène (Aleve) 220 BID PRN x 7 à 10 jours

Mesures non pharmacologiques

- Éviter tout contact avec les lésions
- Couvrir d'un pansement au besoin (transmet via liquide des vésicules chez les patients immunocompétents).
- Discuter de la vaccination disponible contre le zona si indiqué.

Suivi de la pharmacothérapie

- Référer au médecin ou à l'IPS dans les 72h avec un formulaire avec les motifs de prescription (obligation de prendre les moyens visant à assurer une consultation, mais il peut remettre une ordonnance pour la durée complète du traitement.)
- Planifier un suivi à 48-72 hrs afin de confirmer l'évolution favorable du zona et repérer des signes du développement d'une névralgie post-herpétique.