Actes par le pharmacien (loi 41 et loi 31)

Frais : Tous les actes présentés ici sont maintenant couvert à 100% par l'assurance maladie ou l'assurance médicament du patient, le patient n'aura aucun frais pour l'acte fait par le pharmacien. Le médicament prescrit suite à la prescription du pharmacien sera couvert par l'assurance médicament du patient, les frais usuels s'appliquent (franchise, coassurance).

Les algorithmes pour la prescription sans diagnostic et la prescription lorsque le diagnostic est déjà connu (prescription antérieure au dossier) sont disponibles sur **abcpq.ca** (mot de passe : loi41).

Prolongation par le pharmacien : le pharmacien peut maintenant prolonger tous les types de médicament lorsqu'il le juge pertinent pour le patient, pour des ordonnances initiales émises par tout professionnel habilité à prescrire au Canada (médecin, dentiste, IPS, pharmacien, etc).

Ajustement par le pharmacien :

- Ajustement de la forme (solide vers liquide), quantité à servir, posologie (si erreur manifeste de dosage).
- Ajustement pour atteindre des cibles thérapeutiques obtenues du médecin : HTA, diabète, migraine, hypothyroïdie, anticoagulothérapie.

Analyses de laboratoires : pas de limitation, doit être demandé dans le but d'assurer le suivi de la thérapie médicamenteuse

Document préparé par Léa Prince-Duthel et Léonie Rouleau, pharmaciennes, APPSQ. Version janvier 2021.

PRESCRIPTION POUR UN DIAGNOSTIC CONNU (prescription antérieure) tous <5 ans, hémorroïdes/douleurs/candidose sans cortico <2 ans

INFECTION URINAIRE - FEMME ≤ 2 traitements / 12 mois (et ≤ 1/ 6mois) **Antibiotiques** : Septra, Cipro, Macrobid, Monurol	**VAGINITE À LEVURE** (Âge ≥ 12 ans) < 6 traitements / 12 mois **Antifongique :** Diflucan per os, crèmes Canesten, Terazol, Monistat	**DYSMÉNORRHÉE PRIMAIRE (douleurs menstruelles)** **Anti-inflammatoires** : Naproxen, Anaprox, ibuprofen, Celebrex
CONJONCTIVITE ALLERGIQUE (Âge > 2 ans) **Gouttes ophtalmiques** : Patanol, Pataday, Zaditor, Bepreve **Antihistaminiques :** Reactine, Claritin, ...	**DERMATITE ATOPIQUE** (Âge > 2 ans) **Crème cortisone (faible à modérée):** Hyderm, Emocort, Desonide, Topicort, Betaderm	**APHTES BUCCAUX (ulcères)** **Pâtes buccales :** Oracort, Orabase
HERPÈS LABIAL (Âge ≥ 12 ans) Épisode actif, labial. **Antiviraux** : Valacyclovir, Famvir, Zovirax	**MUGUET (Candidose orale)** Nystatin suspension, Diflucan per os, crème Clotrimaderm	**ÉRYTHÈME FESSIER** **Crèmes** : Zincofax, Desitin, Hyderm
HÉMORROÏDES (Âge ≥ 12 ans) **Crèmes** : Anusol HC, Jamp-zinc HC, Proctosedyl, Anugesic	**RHINITE ALLERGIQUE** (Âge > 3 ans) **Vaporisateur nasal** : Nasonex, Avamys, Rhinocort	**CANDIDOSE CUTANÉE** **Crèmes :** clotrimazole, nystatin, ... **ACNÉ MINEURE** **Traitement topiques :** Clindoxyl, Benzaclin, Dalacin, Stieva, Tactupump

PRESCRIPTION SANS DIAGNOSTIC (nouvelle prescription)

DIARRHÉE DU VOYAGEUR (prévention) Avant voyage dans région à risque **Antibiotiques, Solution réhydratation Imodium, Pepto Bismol**	**PROPHYLAXIE DU PALUDISME (malaria)** Avant voyage dans région à risque **Antipaludéens** : Malarone, Chloroquine, Mefloquine, Doxycycline, etc..	**MAL DES MONTAGNES (prévention)** Prévention si altitude > 2000m durant > 24 hrs (et < 4000m) Ex: Bolivie, Pérou **Diurétique** : Acétazolamide (Diamox)
PRÉVENTION POST-EXPOSITION ACCIDENTELLE (PPE) VIH **Antirétroviraux :** Ténofovir 300mg /Emtricitabine 200 mg DIE + Raltégravir 400 mg BID ou HD 1200mg DIE x 28 jours (référence médicale < 72 hrs)	**TRAITEMENT DES CAS CONTACTS CHLAMYDIA/GONORRHÉE** Personne visée par traitement accéléré des partenaires (TAP) (code M) **Antibiotiques :** Doxycycline 100 mg PO, BID x 7 jours, Azithromycine 1-2 g PO, ...	**PRÉVENTION MALADIE LYME (TIQUE)** Tique vue accrochée ≥ 24 hrs ou incertain, absence de symptômes systémiques, secteur visé, retrait de la tique et tx débuté ≤ 72 hrs **Antibiotique** : Doxycycline
PÉDICULOSE Infection active et / ou lentes **Antipédiculose:** Nix, Kwellada-P, R & C, Pronto, Nyda, Resultz, Zap	**SUPPLÉMENT VITAMINIQUE** Avant / pendant / après grossesse. **Multivitamines** de grossesse **Acide folique** (si vitamine mal tolérée)	**NAUSÉES/VOMISSEMENTS** (Âge ≥12 ans) 1) Grossesse < 12 semaines Nausées de novo > 9 semaines. **Anti-nausée** : Diclectin, Gravol 2) Autres causes, léger à modéré **Anti-nausée** : Gravol, stemetil, motilium, zofran, réhydratation.
PRÉVENTION ENDOCARDITE Valves/prothèse (nettoyage, extraction dent) **Antibiotiques** : Amox, Clinda	**DERMATITE DE CONTACT ALLERGIQUE** **Crème cortisone faible à modérée, ex :** Hyderm, Emocort, Desonide, Topicort	
TRAITEMENT INFLUENZA Patient avec symptômes < 48 hrs et à risque de complications (RI, Mx chronique, grossesse 2e – 3e trimestre) Diriger vers MD/IPS si détérioration dans les 48 hrs après début **Antiviraux :** tamiflu 75 mg BID X 5 jours **PRÉVENTION INFLUENZA** Personnes (cas contacts) à haut risque de développer des complications (immunosupprimé, multiples comorbidités) **Antiviraux :** tamiflu 75 mg DIE X 7-10 jours	**CONTRACEPTION D'URGENCE (COU)** ≤ 5 jours depuis relation à risque. **COU** : Ella ou Plan B **CONTRACEPTION HORMONALE** 14 ans (ou moins avec consentement parental). Initier à tout moment. **Contraceptifs :** 3 mois (Ren x 1 possible) **CYTOPROTECTION** Patient à risque (âgé ou ATCD d'ulcère) et AINS prescrit sans protection. **IPP :** Dexilant, Pantoloc, Nexium, etc ...	**TRAITEMENT ZONA** Personnes qui pourraient présenter un zona (sauf si sx ophtalmiques ou tête) Diriger vers MD/IPS dans les 72 hrs **Antiviraux :** Valacyclovir 1 g TID x 7 jrs **CESSATION TABAGIQUE** (Âge > 18 ans) Timbres, Gommes, Pastilles, Inhalateur, Vapo buccal, Varénicline, Bupropion **REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN** Max 6 sem par an et 4 sem consécutives **IPP :** Dexilant, Pantoloc, Nexium, etc

Situations où le pharmacien pourrait intervenir pour des patients en RI ou SAD

PRESCRIPTION POUR UN DIAGNOSTIC CONNU

Prescription antérieure au dossier : tous <5 ans, hémorroïdes/douleurs/candidose sans cortico <2 ans

INFECTION URINAIRE - FEMME ≤ 2 traitements / 12 mois (et ≤ 1/ 6mois) **Antibiotiques** : Septra, Cipro, Macrobid, Monurol	**VAGINITE À LEVURE** < 6 traitements / 12 mois **Antifongique :** Diflucan per os, crèmes Canesten, Terazol, Monistat	**RHINITE ALLERGIQUE** **Vaporisateur nasal** : Nasonex, Avamys, etc
		HÉMORROÏDES **Crèmes** : Anusol HC, Jamp-zinc HC, Proctosedyl, Anugesic
CONJONCTIVITE ALLERGIQUE **Gouttes ophtalmiques** : Patanol, Pataday, Zaditor, Bepreve **Antihistaminiques :** Reactine, Claritin, ...	**DERMATITE ATOPIQUE** (Âge > 2 ans) **Crème cortisone (faible à modérée):** Hyderm, Emocort, Desonide, Topicort, Betaderm	**APHTES BUCCAUX (ulcères)** **Pâtes buccales :** Oracort, Orabase
		ÉRYTHÈME FESSIER **Crèmes** : Zincofax, Desitin, Hyderm
HERPÈS LABIAL Épisode actif, labial. **Antiviraux** : Valacyclovir, Famvir, Zovirax	**MUGUET (Candidose orale)** Nystatin suspension, Diflucan per os, crème Clotrimaderm	**CANDIDOSE CUTANÉE** **Crèmes :** clotrimazole, nystatin, ...

PRESCRIPTION SANS DIAGNOSTIC (nouvelle prescription)

TRAITEMENT INFLUENZA Patient avec symptômes < 48 hrs et à risque de complications (RI, Mx chronique, grossesse 2^{e} – 3^{e} trimestre) Diriger vers MD/IPS si détérioration dans les 48 hrs après début **Antiviraux :** tamiflu 75 mg BID X 5 jours	**PRÉVENTION INFLUENZA** Personnes (cas contacts) à haut risque de développer des complications (immunosupprimé, multiples comorbidités) **Antiviraux :** tamiflu 75 mg DIE X 7-10 jours	**TRAITEMENT ZONA** Personnes qui pourraient présenter un zona (sauf si sx ophtalmiques ou tête) Diriger vers MD/IPS dans les 72 hrs **Antiviraux :** Valacyclovir 1 g TID x 7 jrs
CESSATION TABAGIQUE Timbres, Gommes, Pastilles, Inhalateur, Vapo buccal, Varénicline, Bupropion	**NAUSÉES/VOMISSEMENTS** Léger à modéré **Anti-nausée** : Gravol, stemetil, motilium, zofran, réhydratation.	**DERMATITE DE CONTACT ALLERGIQUE** **Crème cortisone faible à modérée, ex :** Hyderm, Emocort, Desonide, Topicort
CYTOPROTECTION Patient à risque (âgé ou ATCD d'ulcère) et AINS prescrit sans protection. **IPP :** Dexilant, Pantoloc, Nexium, etc ...	**REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN** Max 6 sem par an et 4 sem consécutives **IPP :** Dexilant, Pantoloc, Nexium, etc	**PRÉVENTION POST-EXPOSITION ACCIDENTELLE (PPE) VIH** **Antirétroviraux :** Ténofovir 300mg /Emtricitabine 200 mg DIE + Raltégravir 400 mg BID ou HD 1200mg DIE x 28 jours (référence médicale < 72 hrs)
PRÉVENTION ENDOCARDITE Pour patient avec valves/prothèse cardiaque lors d'un nettoyage ou extraction de dent **Antibiotiques** : Amox, Clinda	**PÉDICULOSE** Infection active et / ou lentes **Antipédiculose:** Nix, Kwellada-P, R & C, Pronto, Nyda, Resultz, Zap	

PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS DE VENTE LIBRE

Prescrire un médicament en vente libre, d'annexe II ou III, y compris des fournitures et équipements lorsqu'indiqué.

CONSTIPATION
Métamucil, Glycérine Supp,
Lactulose, Lax A Day
Dulcolax, Senokot, Docusate
Huile Minérale Lourde

DIARRHÉE
Imodium, Pepto Bismol, Probiotiques

REHYDRATATION
Gastrolyte/Pedialyte

COLONOSCOPIE
Colyte, Peglyte, Golytely, Pico-Salax

DYSPEPSIE/REFLUX
Tums, Rolaids, Gaviscon, Diovol
Pepto Bismol, Zantac, Pepcid, Lactaid

ALLERGIE/ SINUS/ RHUME
Antihistaminiques
Benadryl/Chlorphéniramine
Reactine/Aerius/Allegra/Claritin
Corticostéroïde intra-nasal
Nasacort/Flonase
Décongestionnants
Pseudoéphédrine
Dristan/Otrivin
Lubricants/Hydratants/Rince Sinus
Sirops
Antitussif/Expectorant
Nettoyage nasal
Hydrasense/Sinus Rince

ANALGÉSIQUES
Acétaminophène (Tylenol)
Ibuprofène (Advil)
Naproxen (Aleve)
Capsaicin (Zostrix)
Voltaren gel

ANAPHYLAXIE
Epipen, Allerject

ANESTHÉSIQUES TOPIQUES
Lidocaine (Xylocaine 2%)
Emla crème

VAGINAL
Infections
Clotrimazole/Canesten cr/ovule
Nystatin crème
Fluconazole/Diflucan
Lubrifiants
K-Y Gelée, Repagyn, Replens ...

ANTIBIOTIQUES
Bacitracine onguent (Bacitin)
Mupirocine cr/ong (Bactroban)
Polymyxin/Polysporin ong/cr

CRÈME HYDRATANTE/PEAU SÈCHE
Cetaphil, CeraVe, Cutibase
Aquaphor / Eucerin
Glaxal base, Crème barrière silicone
Calamine lotion
Crème d'urée à 10/22/40%
Vaseline
Cicatrices : Cica-Care, Cicaplast

ASTRINGENT
Dermburo sachets
Drysol 20% liquide

ACNÉ
Peroxyde de Benzoyle 5% (Benzagel)
Spectrogel (nettoyant)

ERYTHÈME FESSIER
Oxide de Zinc crème /ong
Pâte d'Ihle

DERMATITE/ECZÉMA
Spectro Eczema care
Hydrocortisone cr/ong 0.5/1.0%

INFECTIONS FONGIQUES
Clotrimazole/Canesten crème
Miconazole/Micatin/Monistat
Nystatin
Selsun blue, Head and Shoulders, Nizoral

ANTI-NAUSÉES
Gravol, Scopolamine/ Transderm V

HÉMORROÏDES
Anusol ong/supp ou Plus
Tucks serviette nettoyante

PELLICULE/ SÉBORRHÉE
Selsun Blue
Nizoral
Targel 10% gel
Neutrogena T/gel
Sebcur T shampooing 4/10%

YEUX
Systane bion ultra gel drops,
Refresh tears, plus
Celluvisc,
Tears naturale
Lacrilube, Systane gel, Teargel,…
Cromolyn, Muro gtt/ong
Polysporin gtt/ong

SUPPLÉMENTS
Boost, Ensure, Resource
B12, B6, Vitamin D, Calcium,
Acide folique
Fer, magnésium
Multivitamines

VERRUES/CORS
Compound W (17%), Soluver Plus (27%),
Compound W Pad (40%)

DIABÈTE
Glucagon, Glucose
Bandelettes (glycémie, cétones),
Lancettes, Aiguilles, Seringues

BOUCHE
Orajel, Zilactin, Orabase, Amosan

LÈVRES
Cicaplast, Uriage Bariéderm, vaseline

OREILLES
Cerumol, huile minérale

LAITS MATERNISÉS
Préparations conventionnelles (à base de protéines de lait de vache)
Préparations à base de soya (allergie croisée avec protéines lait de vache)
Préparation sans lactose (contiennent protéines de lait de vache)
Préparations spécialisées
1ère ligne : à base de protéines fortement hydrolysées
2ième ligne : à base d'acides aminés synthétiques

BAS SUPPORT / ORTHÈSE
Selon disponibilité en pharmacie

ANTIDOTE OPIOIDES
Naloxone inj/trousse/vap nasal

LOGO CLSC

Nom : Prénom :
Date de naissance :
Téléphone :
Adresse :

FORMULAIRE DE LIAISON POUR LE PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE

Cette communication a pour but d'informer le pharmacien communautaire d'une problématique remarquée par une infirmière administrant des soins au patient. Selon la situation, nous aimerions savoir si le pharmacien peut effectuer un acte (loi 31, loi 41, prescription MVL, prolongation) avant de rejoindre le médecin de garde.

INFORMATIONS DE L'EXPÉDITEUR	
Nom de l'infirmière	
Coordonnées	Lieu de travail : Téléphone : Horaire de disponibilité : Fax :

PROBLÉMATIQUE RENCONTRÉE	
Description de la situation	

RÉPONSE DU PHARMACIEN	
Coordonnées de la pharmacien contactée :	Nom de la pharmacie : Téléphone : Fax
Qu'est-ce qui a été fait par le pharmacien ?	