

PROCÉDURE EN SOINS INFIRMIERS
DSI-PSI-05

CLSC CH
Référence à un protocole Oui Non
Date d'entrée en vigueur : juillet 2011
Date de révision :

**Commander et administrer les vaccins
contre la rage**

Professionnels visés :
Infirmières et infirmiers

1. OBJECTIFS

- Commander des vaccins contre la rage à HMR.
- Administrer le vaccin contre la rage de façon sécuritaire et ce, dans le cadre de la prophylaxie post-exposition ou toute autre situation clinique nécessitant l'administration d'un vaccin contre la rage.

2. PROCÉDURE

Commande des vaccins contre la rage à la pharmacie de HMR

Sur réception de la demande de prophylaxie post-exposition provenant de Direction la santé publique, l'infirmière communique sans tarder avec la pharmacie de HMR, pour s'assurer que le produit est disponible (514) 252-3400 (M. Michel Savoie, pharmacien poste 4140 ou 4135).

L'infirmière complète le formulaire « Demande de vaccins antirabiques » (voir formulaire en annexe 1) en indiquant les informations suivantes :

- le nom et prénom de l'usager ainsi que le numéro d'assurance maladie;
- le nom du commissionnaire, en tant que personne autorisée à venir chercher le produit;
- la date de la cueillette;
- le nom et la quantité du produit requis;
- la date de l'administration de la prochaine dose du vaccin antirabique;
- son nom en lettres moulées ainsi que son numéro de téléphone advenant un besoin de communication;
- sa signature et son numéro de permis de pratique en tant qu'infirmière responsable de la demande.

Elle achemine par télécopieur le formulaire « Demande de vaccins antirabiques » et la demande de prophylaxie post-exposition (voir annexe2) ou la prescription médicale à la pharmacie de HMR : Télécopieur (514) 252-3450.

Elle contacte la compagnie *Transport Diakité* au (450) 465-2300. La demande doit être effectuée le jour même de la livraison.

Elle prépare et remet au commissionnaire le matériel suivant selon la procédure DSI-PSI-03 « Conserver des produits immunisants pendant une séance de vaccination à l'extérieur du CLSC » :

- une petite glacière
- un accumulateur de froid (ice pack)
- l'original du formulaire « Demande de vaccins antirabiques »
- le bordereau de transport

Elle explique au commissionnaire à quel endroit il doit se rendre pour récupérer les produits demandés. Elle l'informe de rapporter sans délai les produits de façon sécuritaire et les remettre directement à une infirmière du CLSC concerné.

Le commissionnaire doit se présenter à la pharmacie au premier étage aile D du Pavillon Marcel Lamoureux au 5415, boul. L'Assomption et remet le formulaire dûment complété.

Administration du vaccin contre la rage

- 2.2.1 Avant l'administration du produit, l'infirmière désignée vérifie l'exactitude des informations inscrites sur le bordereau et le produit :
 - L'utilisateur (nom, prénom, numéro de dossier ou RAMQ)
 - Le Protocole d'immunisation du Québec (nom du produit et quantité ou dose)
 - Le produit (nom du produit, numéro de lot, date de péremption)
- 2.2.2 Elle rencontre le client et lui donne l'information requise pour un consentement éclairé.
- 2.2.4 Elle administre le vaccin contre la rage selon le « Guide d'application de la prophylaxie post exposition en CSSS » et selon les recommandations du PIQ ou autre méthode de soins, selon la situation.
- 2.2.5 Elle avise le client qu'il doit demeurer sur place 15 minutes après l'administration du produit.
- 2.2.6 Elle consigne au dossier de la personne, les informations pertinentes sur les interventions réalisées telles que la date et l'heure du traitement, les informations transmises ainsi que les produits administrés.
- 2.2.6 Elle complète les statistiques selon le Cadre normatif.

Administration des immunoglobulines contre la rage (RIG)

Lorsque le client requiert l'administration d'immunoglobulines contre la rage (RIG) suivre la procédure en sons infirmiers DSI-PSI-02 « Commander et administrer des immunoglobulines (IG) »

Processus d'élaboration

L'élaboration des ordonnances collectives se fait en collaboration avec les professionnels concernés, afin que l'ordonnance collective respecte les champs de compétence respectifs.

Rédigé par : Lise Soulière, conseillère cadre en soins infirmiers Juin 2011

Instance consultée : CECII – CECIIA
M. Michel Savoie, pharmacien HMR Juin 2011
Mme Ghylaine Jabert, Banque de sang HMR Juin 2011
Mme Denise Julien, CSSS Pointe-de-l'Île Juillet 2011
Nancy Boisvert et Valérie Saintot CSSS St-Léonard, St-Michel Juillet 2011

Recommandé par : Comité de gestion des soins

Validé par : Jocelyne Lévesque, directrice des Soins infirmiers Juillet 2011



U:\Protocole et procédure CSSS\procédures officielles\DSI-PSI-05 Commander et administrer des vaccins contre la rage.doc

- CLSC de Rosemont tel : 514-524-3541
- CLSC Olivier-Guimond tel : 514-254-2365
- CLSC de Hochelaga-Maisonneuve tel : 514-253-2181

No Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance (A/M/J) : _____

**DEMANDE DE VACCINS ANTIRABIQUES (VCDH)
COMMANDE À LA PHARMACIE DE L'HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT**

Personne autorisée à venir chercher le ou les produits _____

Date de la cueillette _____

Vaccins contre la rage nombres de doses : 4 doses
 2 doses
 Autre : _____

Date prévue d'administration : _____

SVP. METTRE LES VACCINS SOUS L'ACCUMULATEUR DE FROID ISOLÉ DANS LA PETITE
GLACIÈRE APPORTER PAR LE TRANSPORTEUR.

Nom et prénom de l'infirmière (en lettres moulées)

Signature de l'infirmière

N° de permis : _____

Téléphone : _____

La cueillette aura lieu à la pharmacie 1^{er} étage aile D du Pavillon Lamoureux au 5415, boul.
L'Assomption.



VACCINATION CONTRE LA RAGE
EN POST-EXPOSITION
FORMULAIRE DE RECOMMANDATION

- VCDH 4 doses + RI
- VCDH 2 doses
- Poids en
 - kilogrammes
 - livres

Nom _____ Prénom _____ Sexe : F
 DDN _____ Âge : _____ # Ass. mal. _____ M
 Adresse _____
 Téléphone résidence _____ Téléphone autre _____
 Raison(s) motivant la recommandation _____

Poids estimé _____ / _____ Poids réel _____ / _____ Si le poids réel est différent du poids estimé, la dose de RIG doit être ajustée. Voir formule dans la section RIG du PIQ.

		À l'usage du vaccinateur IMMUNOGLOBULINES ANTIRABIQES (RIG)*						
Jour	Date prévue A/M/J	Dose à administrer* (20 UI/kg)	Voie**	Dose administrée (ml)	Numéro(s) de lot***	Établissement	Date A/M/J	Signature
0	2016-05-20		UI ou	Plaie				
			ml	I.M.				

* Fliales de 2ml à 150 UI/ml.
 ** Infiltrer la plus grande quantité possible d'immunoglobulines autour de la plaie. Voir le PIQ pour le site approprié pour l'âge.
 *** On ne peut mélanger deux lots différents dans une même seringue.

À l'usage de la DSP		À l'usage du vaccinateur VACCIN ANTIRABIQUE (VCDH)*						
Jour	Date prévue A/M/J	Dose	Voie	Site de l'injection**	Numéro de lot	Établissement	Date A/M/J	Signature
0		1ml	I.M.	deltioide G/D				
3		1ml	I.M.	deltioide G/D				
7		1ml	I.M.	deltioide G/D				
14***		1ml	I.M.	deltioide G/D				

* Vérifier interchangeabilité des vaccins dans le PIQ.
 ** Voir le PIQ pour le site approprié pour l'âge.
 *** Voir le PIQ pour les conditions d'administration d'une 5e dose de vaccin.

NE JAMAIS UTILISER LE MUSCLE DORSOFESSIER POUR L'ADMINISTRATION D'UN VACCIN

Si la personne néglige de se présenter ou décide de cesser la vaccination avant la fin du calendrier vaccinal, veuillez nous en aviser.
 Il est important de respecter l'intervalle minimal entre chaque dose et de réajuster le calendrier si la personne se présente à une date ultérieure à celle prévue.

RECOMMANDATION EFFECTUÉE PAR : NOM (LETTRES MOULÉES) _____

Signature _____ Date _____ Tél. : (514) 528-2400 poste : _____