

|  |  |
| --- | --- |
| **ORDONNANCE** **COLLECTIVE** | **No** [OCOIP-CEMTL-00000] |
| **TITRE**[Titre] | **Date d’entrée en vigueur** : Mois AAAA (Compléter) |
| **Date de la dernière révision** : Mois AAAA (Compléter si applicable) |
| **Date prévue de la prochaine révision** : Mois AAAA  |
| **SOMMAIRE**(Compléter si le titre doit être explicité davantage) | **Référence à** (cocher)-un protocole : [ ]  Oui [ ]  Non-une OIP : [x]  Oui [ ]  Non -une méthode de soins : [ ]  Oui [ ]  Non |

**ACTIVITÉS RÉSERVÉES ET ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES**

* Article de la loi décrivant les activités réservées
	+ (Compléter avec les activités spécifiquement visées par l’ordonnance collective)

**ÉTABLISSEMENT(S) VISÉ(S)**

* CIUSSS de l’Est-de-l'Île-de-Montréal

**INSTALLATION(S) VISÉE(S)**

[ ]  **HMR** [ ]  Bloc opératoire Angus

[ ]  **IUSMM**

[ ]  **HSCO** [ ]  CHSLD Dante

**PDI** : [ ]  CHSLD FS [ ]  CHSLD JJ [ ]  CHSLD PJT [ ]  CHSLD JHB

[ ]  CLSC EM [ ]  CLSC RDP [ ]  CLSC ME

**LT** : [ ] CHSLD MR [ ]  CHSLD JLB [ ]  CHSLD NI [ ]  CHSLD ÉL

[ ]  CHSLD RC [ ]  CHSLD BVR [ ]  CE JHC

[ ]  CLSC HM [ ]  CLSC OG [ ]  CLSC RO

**SLSM** : [ ]  CHSLD JFP [ ]  CHSLD SM

 [ ]  CLSC SL [ ]  CLSC SM

[ ]  **CHSLD PMCS**

[ ]  SAD [ ]  Secteur Proxi

[ ]  Clinique IPSPL (intra-CIUSSS-EMTL) [ ]  GMF (intra-CIUSSS-EMTL)

[ ]  Santé scolaire des écoles secondaires et CEGEP

[ ]  Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SECTEUR(S) D’ACTIVITÉ(S) VISÉ(S)**

* (Compléter)

**PROFESSIONNEL(S) HABILITÉ(S)**

* (Compléter)

**CLIENTÈLE(S) VISÉE(S)**

* (Compléter)

**INDICATION(S) CLINIQUE(S)**

* (Compléter)

**CONDITION(S) D’INITIATION**

* (Compléter)

**INTENTION(S) THÉRAPEUTIQUE(S) OU CIBLE(S) THÉRAPEUTIQUE(S)**

* (Compléter)

**CONTRE-INDICATION(S)**

* (Compléter)

**MÉTHODE(S) ET PROCÉDURE(S)**

* (Compléter)

**LIMITE(S) OU SITUATION(S) EXIGEANT UNE CONSULTATION MÉDICALE OBLIGATOIRE**

* (Compléter)

**INSCRIPTION AU DOSSIER MÉDICAL (COMMUNICATION AVEC LE MÉDECIN TRAITANT)**

* Obligatoire.
* Le professionnel habileté complète l'OIP en annexe 1.

**MÉDECINS PRESCRIPTEURS**

* Tous les médecins (compléter avec le service ou le département).

**MÉDECIN RÉPONDANT**

* Médecin de garde durant la prise en charge de l’usager par l’établissement.

**OUTILS DE RÉFÉRENCE ET SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES**

* (Compléter)

**ÉLABORATION DE LA VERSION ACTUELLE**

Rédigée par : (Compléter)

En collaboration avec : (Compléter)

Révisée par : (Compléter si le document est une révision)

Validation de la version actuelle:

* Comité consultatif ordonnances et protocoles
	+ Philippe Bouchard, pharmacien, coordonnateur pratiques collaboratives, DSP
	+ Sabrina Sanzari, cheffe adjointe du département de pharmacie – affaires professionnelles, DSP, responsable du comité des ordonnances et protocoles
	+ Aylnide Nathalus, chef de service, développement de l’expertise infirmière en santé physique, DSI
	+ Amélie Lacroix, conseillère cadre aux pratiques professionnelles en nutrition clinique, DSM
	+ Mélissa Lalonde, chef de service au développement et maintien de l'expertise en soins infirmiers, DSI
	+ Stéphanie Lalonde-Gagnon, conseillère cadre aux pratiques professionnelles, volet activités respiratoires, DSM

**APPROBATION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Chef du département de (compléter)Dr(e) Prénom Nom |  | Date |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Chef du département de (compléter)Dr(e) Prénom Nom |  | Date |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Chef du service de (compléter)Dr(e) Prénom Nom  |  | Date |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Directeur adjoint - volet pratiques professionnelles, DSMLuc Legris |  | Date |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Directrice adjointe - Pratiques professionnelles et excellence en soins infirmiers, DSICarole Leblanc |  | Date |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Cheffe adjointe du département de pharmacie – affaires professionnelles, DSPResponsable du comité des ordonnances et protocoles Sabrina Sanzari |  | Date |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Président du CMDPDr Marc Brosseau |  | Date |

**CONSERVATION DU DOCUMENT**

* Version originale et signée disponible au département de pharmacie du CEMTL – inst. Maisonneuve-Rosemont.

**ANNEXE 1**

Ordonnance individuelle préformatée (OIP) permettant l’application

de l’ordonnance collective No [OCOIP-CEMTL-00000]

[Titre]



|  |  |
| --- | --- |
| **ORDONNANCE** **INDIVIDUELLE****PRÉFORMATÉE** | **No** [OCOIP-CEMTL-00000] |
| **EN RÉFÉRENCE À L’ORDONNANCE COLLECTIVE** No [OCOIP-CEMTL-00000][Titre] | **Date d’entrée en vigueur** : Mois AAAA (Compléter) |
| **Date de la dernière révision** : Mois AAAA (Compléter si applicable) |
| **Date prévue de la prochaine révision** : Mois AAAA  |
| **TITRE DE L’OIP**(Compléter) | **Référence à** (cocher)-une ordonnance collective: [x]  Oui [ ]  Non |
| Les modalités d’utilisation de cette OIP sont prévues à l’ordonnance collective en référence.L’élaboration et l’approbation sont assujetties à l’ordonnance collective en référence. |

Inscrire le titre l’OIP ici et non dans l’entête SVP. Le comité Ordonnances et protocoles se chargera de l’intégrer.

Ne pas modifier l’entête, le pied de page et les marges.

**TITRE DE SECTION**

* (Compléter)
	+ Description
		- Description

**TITRE DE SECTION**

* Élément 1
* Élément 2
* Élément 3
* Élément 4
	+ Sous élément 1
	+ Sous élément 2
* Ex 1
	+ - Ex 2
		- Ex 3

**ANNEXE 2**

(Inscrire le nom du document annexé)

FORMULAIRE

**ANNEXE 3**

(Inscrire le nom du document annexé)

FORMULAIRE