

|  |  |
| --- | --- |
| **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 :  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, DSM  Luc Legris |  | Date |

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Président du CMDP  Dr 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:  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