



MCQ00393

Identification de l'utilisateur

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

D.D.N. : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
AAAA MM JJ

## Ordonnance préimprimée individuelle externe

### PLAN D'ACTION MPOC

Lors d'exacerbation

À REMETTRE À VOTRE PHARMACIEN

Allergie à :	Taille (cm) :	Poids (kg) :
<input type="checkbox"/> Diabétique <input type="checkbox"/> Prise de Coumadin®		
<b>AUGMENTATION DE LA DYSPNÉE</b> <b>Augmenter l'utilisation du bronchodilatateur (servir en surplus de la médication actuelle, avec aérochambre si s'applique)</b> <input type="checkbox"/> Salbutamol _____ inhalations _____ fois par jour x _____ jours ou ad résolution des symptômes <input type="checkbox"/> Terbutaline (Bricanyl®) _____ inhalations _____ fois par jour x _____ jours ou ad résolution des symptômes <input type="checkbox"/> _____ inhalations _____ fois par jour x _____ jours ou ad résolution des symptômes		
<b>Substituer les aérosols doseurs aux aérosols humides en période d'exacerbation (s'assurer que l'utilisateur possède un compresseur)</b> <input type="checkbox"/> Salbutamol 2,5 mg      1 nébule _____ fois par jour x _____ jours ou ad résolution des symptômes <input type="checkbox"/> Salbutamol 5 mg      1 nébule _____ fois par jour x _____ jours ou ad résolution des symptômes <input type="checkbox"/> Combivent® 2,5 mg/0,5 mg/2,5 mL      1 nébule _____ fois par jour x _____ jours ou ad résolution des symptômes		
<b>AUGMENTATION DE LA DYSPNÉE depuis au moins 48 heures : ajouter de la predniSONE : <input type="checkbox"/> 5 mg    <input type="checkbox"/> 50 mg</b> _____ co _____ fois par jour x _____ jours _____ co _____ fois par jour x _____ jours _____ co _____ fois par jour x _____ jours		
<b>EN PRÉSENCE D'EXPECTORATIONS COLORÉES ET AU MOINS UN DES SYMPTÔMES SUIVANT : AUGMENTATION DE LA DYSPNÉE ET/OU SÉCRÉTIONS PLUS ABONDANTES depuis au moins 48 heures</b> Alterner les classes d'antibiotiques sélectionnés lorsque l'intervalle entre 2 épisodes successifs de surinfection est de moins de 3 mois. Débuter un antibiotique en commençant par : _____		
<input type="checkbox"/> <b>MPOC sans facteur de risque</b> <input type="checkbox"/> Amoxicilline    500 mg    1 co po TID x _____ jours (5 à 7 jours suggérés) <input type="checkbox"/> Doxycycline    100 mg    1 co po BID x _____ jours (5 à 7 jours suggérés) <input type="checkbox"/> Cefprozil      500 mg    1 co po BID x _____ jours (5 jours suggérés) <input type="checkbox"/> Céfuroxime    500 mg    1 co po BID x _____ jours (5 jours suggérés) <input type="checkbox"/> TMP-SMX DS    1 co po BID x _____ jours (5 à 7 jours suggérés) <input type="checkbox"/> Clarithromycine    500 mg    1 co po BID x _____ jours (5 à 7 jours suggérés) <input type="checkbox"/> Autre : _____		
<input type="checkbox"/> <b>MPOC avec au moins un facteur de risque</b> (VEMS de moins de 50 %, 4 exacerbations et plus par année, MCAS, cancer pulmonaire, corticostéroïdes systémiques chroniques, immunosupprimé, oxygénothérapie, prise d'antibiotique au cours du dernier mois) <input type="checkbox"/> Amoxicilline-Clavulanate    875 mg    1 co po BID x _____ jours (5 à 7 jours suggérés) <input type="checkbox"/> Antibiotique recommandé dans exacerbation sans facteur de risque ci-haut x _____ jours (5 à 7 jours suggérés) <input type="checkbox"/> Moxifloxacine      400 mg    1 co po DIE x _____ jours (5 jours suggérés) <input type="checkbox"/> LévoFLOxacine      750 mg    1 co po DIE x _____ jours (5 à 7 jours suggérés)		
<input type="checkbox"/> <b>MPOC avec SARM dans les cultures d'expectorations antérieures</b> <input type="checkbox"/> Doxycycline    100 mg    1 co po BID x _____ jours (au moins 10 jours suggérés) <input type="checkbox"/> TMP-SMX DS    1 co po BID x _____ jours (au moins 10 jours suggérés)		
<input type="checkbox"/> <b>MPOC avec bronchiectasies</b> <input type="checkbox"/> Sans suspicion de <i>Pseudomonas aeruginosas</i> : idem à MPOC avec facteur de risque x _____ jours (7 à 14 jours suggérés) <input type="checkbox"/> Avec suspicion de <i>Pseudomonas aeruginosas</i> (considérer avis en spécialité) : Ciprofloxacine 750 mg po BID x _____ jours (14 jours suggérés)		
<b>Note au pharmacien : À chaque prise du plan d'action, informer l'utilisateur de prendre contact avec son inhalothérapeute</b>		
Signature du médecin : _____	N° de permis : _____	Date : _____ AAAA-MM-JJ
Maximum de <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 séries d'antibiotiques		