

OC-23-019	Demander une coloscopie diagnostique à la suite d'un test RSOSi positif	
Version n° 2	Entrée en vigueur : 2023-10	Révisée le : 2024-05
Installation(s) : Toutes les installations du CIUSSS MCQ concernées		
Territoire(s) visé(s) : Tous les territoires du CIUSSS MCQ concernés		
Service(s) visé(s) : Centres multiservices dépistage-vaccination		

Référence à un protocole :  Oui  Non

Se référer au protocole médical national N°830054, *Initier un test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles ou demander une coloscopie dans le cadre du dépistage du cancer colorectal*, de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) publié sur le Web au moment de l'application de cette ordonnance.

**Professionnels visés par l'ordonnance :**

Les infirmières habilitées qui possèdent les connaissances et les compétences nécessaires afin d'exécuter cette ordonnance.

**Activités réservées :**

- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance ;
- Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique.

**Clientèle visée :**

Personne asymptomatique qui a reçu un résultat de test de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi) positif.

**Situation clinique visée par l'ordonnance :**

L'infirmière initie l'ordonnance collective chez l'utilisateur asymptomatique qui a reçu un résultat de test de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi) positif afin de permettre la poursuite du dépistage et de l'investigation du cancer colorectal.

## INDICATIONS ET CONDITIONS D'INITIATION

Personne asymptomatique qui présente un résultat de test de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi) positif.

## INTENTION THÉRAPEUTIQUE

S.O.

## **CONTRE-INDICATIONS**

S. O.

## **LIMITES OU SITUATIONS POUR LESQUELLES UNE CONSULTATION VERS UN MÉDECIN EST OBLIGATOIRE**

- Suivi d'une demande de coloscopie.

## **DIRECTIVES**

- Appliquer le protocole médical national de l'INESSS N°830054.
- Le visionnement du tutoriel de l'INESSS est obligatoire avant d'appliquer l'ordonnance collective. Lien vers le tutoriel : <https://vimeo.com/808059093/ad66b9ca6c>

## **MÉDECIN RÉPONDANT**

En cas de problèmes ou pour toutes autres questions en regard de l'application de l'ordonnance collective, aviser le chef médical d'endoscopie et les adjoints au chef de service médical d'endoscopie dans chacune des installations où il se pratique des examens en endoscopie.

## **MÉDECIN PRESCRIPTEUR**

Au moment de l'individualisation de l'ordonnance collective par le professionnel ou la personne habilitée pour un patient donné, le médecin prescripteur sera le directeur des services professionnels conformément à la gouvernance en vigueur.

## **ANNEXES**

Annexe 1 : AH-702 Requête demande de coloscopie longue

## **BIBLIOGRAPHIE**

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), (2023). Initier un test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles ou demander une coloscopie dans le cadre du dépistage du cancer colorectal. Récupéré de <https://www.inesss.qc.ca/thematiques/medicaments/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees/depistage-du-cancer-colorectal.html>

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), (2023). Ordonnance collective. Demander une coloscopie diagnostique à la suite d'un test RSOSi positif  
Récupéré de  
[https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances\\_collectives/Depistage\\_CCR/INESSS\\_Depistage\\_CCR\\_OC.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances_collectives/Depistage_CCR/INESSS_Depistage_CCR_OC.pdf)

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), (2023). Initier un test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles ou une coloscopie à des fins de dépistage ou de diagnostic du cancer colorectal Rapport en soutien au protocole médical national et au modèle d'ordonnance collective. Récupéré de  
[https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances\\_collectives/Depistage\\_CCR/INESSS\\_Depistage\\_CCR\\_GN.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances_collectives/Depistage_CCR/INESSS_Depistage_CCR_GN.pdf)

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), (2023). Dépistage cancer colorectal Récupéré de  
<https://www.inesss.qc.ca/thematiques/medicaments/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees/depistage-du-cancer-colorectal.html>

## OUTILS COMPLÉMENTAIRES

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), (2023). Protocole médical national N°830054 *Initier un test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles ou demande une coloscopie dans le cadre de dépistage du cancer colorectal.*  
Récupéré de  
[https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances\\_collectives/Depistage\\_CCR/INESSS\\_Depistage\\_CCR\\_PMN.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances_collectives/Depistage_CCR/INESSS_Depistage_CCR_PMN.pdf)

## MOTS-CLÉS

RSOSi , sang occulte dans les selles, coloscopie, dépistage du cancer colorectal.

## APPROBATION / ADOPTION EN ETABLISSEMENT

<b>ÉLABORATION</b>	Andréanne Thibeault, conseillère cadre spécialisée en oncologie, Direction des services spécialisés, chirurgicaux et oncologiques.	
<b>COLLABORATION</b>	Natacha Savoie, conseillère cadre oncologie, trajectoire chirurgicale et services spécialisés, Direction adjointe soutien et développement des pratiques professionnelles en soins infirmiers et d'assistance Stéphanie Drouin, conseillère cadre en soins infirmiers - Continuum santé publique vaccination et centre de dépistage COVID-19 Dre Anne-Marie Grenier, Directrice adjointe des services professionnels et codirectrice médicale - Programme de lutte contre le cancer	
<b>ANNULE ET REMPLACÉ</b>	CIUSSS MCQ	OC-23-019 Demander une coloscopie diagnostique à la suite d'un test RSOSi positif version 1
<b>APPROUVÉE PAR :</b>	<p><b>Approbation électronique</b> Julie St-Onge Directrice adjointe Soutien et développement des pratiques professionnelles en soins infirmiers et d'assistance 2024-03-20</p> <p><b>Approbation électronique</b> Annie Robitaille Directrice des services multidisciplinaires 2024-03-20</p> <p><b>Approbation électronique</b> Dre Rachel Bourgault Chef de la gastro-entérologie et de l'endoscopie 2024-03-20</p> <p><b>Approbation électronique</b> Dr Jean-François Arcand-Bossé Chef de service de la médecine spécialisée 2024-03-20</p> <p><b>Approbation électronique</b> Dr Étienne Bureau Chef du département de chirurgie 2023-11-12</p>	
<b>ADOPTÉE PAR :</b>	<p><b>Original signé</b> Dr Lossany Touré Président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens 2024-05-14</p>	



DEMANDE DE COLOSCOPIE LONGUE

<b>Identification du référent et du point de service</b> Examen demandé par : <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IPS/médecin partenaire Nom du référent : _____ N° de permis : _____ Ind. rég. : _____ N° de téléphone : _____ N° de poste : _____ Ind. rég. : _____ N° de télécopieur : _____ Nom du médecin partenaire si IPS : _____ N° de permis : _____ Nom du point de service : _____		Nom et prénom de l'usager : _____ Nom de la mère : _____ N° d'assurance maladie : _____ Expiration : _____ Date de naissance (A. M. J.) : _____ / _____ / _____ Adresse (n°, rue) : _____ Code postal : _____ Ind. rég. : _____ Résidence : _____ Téléphone : _____ Ind. rég. : _____ Travail : _____ N° de poste : _____ Ind. rég. : _____ Cellulaire : _____ Courriel : _____
Signature : _____ Date de la demande : Année _____ Mois _____ Jour _____ Copie des résultats à : <input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> Autre médecin Nom et coordonnées : _____		
Demande télécopiée à : _____ Nom de l'unité d'endoscopie digestive : _____ Nom du médecin nomme : _____		
<b>Indication de la coloscopie (Lorsqu'indiqué, joindre les résultats pertinents à cette demande)</b>		
<b>A- Si présence des symptômes suivants ou résultats anormaux</b>		<b>Niveau de priorité<sup>3</sup></b>
IN1 <input type="checkbox"/> Hémorragie digestive basse (Diriger l'usager vers l'urgence immédiate) <sup>3</sup>		P1 <b>Immédiat ≤ 24 heures</b>
IN2 <input type="checkbox"/> Haut indice de suspicion de cancer basé sur l'imagerie, l'endoscopie ou l'examen clinique (joindre rapp. et autres résultats)		P2 <b>Urgent ≤ 14 jours</b>
IN5 <input type="checkbox"/> Test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles positif (RSOSI +) (Joindre résultat) IN3 <input type="checkbox"/> Éléments cliniques suggérant une maladie inflammatoire de l'intestin active (MII) IN4 <input type="checkbox"/> Rectorragie (saignement anorectal avec ou sans hémorroïdes) ≥ 40 ans IN6 <input type="checkbox"/> Anémie ferriprive documentée non expliquée (Joindre FSC et bilan martial)	IN7 <input type="checkbox"/> Modification récente des habitudes intestinales IN17 <input type="checkbox"/> Polypes visuels par imagerie médicale (Joindre rapport d'imagerie médicale) IN18 <input type="checkbox"/> Suspicion de cancer rectal occulte <sup>4</sup> IN19 <input type="checkbox"/> Préparation à une coloscopie inadéquate = coloscopie à refaire IN20 <input type="checkbox"/> Suivi de colite ulcéreuse (en phase post aiguë)	P3 <b>Semi-électif ≤ 60 jours</b>
IN10 <input type="checkbox"/> Rectorragie (saignement anorectal avec ou sans hémorroïdes) < 40 ans <sup>4</sup>	IN12 <input type="checkbox"/> Constipation chronique <input type="checkbox"/> Diarrhée chronique (joindre investigations préalables)	P4 <b>Électif ≤ 6 mois</b>
<b>B- Dépistage du cancer colorectal pour les personnes ayant des antécédents familiaux significatifs<sup>6</sup></b>		
IN8 Antécédents familiaux de cancer colorectal ou de polypes <sup>7</sup> (Préciser) : <input type="checkbox"/> 1 parent de 1 <sup>er</sup> degré <sup>4</sup> , diagnostiqué avant l'âge de 60 ans <input type="checkbox"/> 2 parents de 1 <sup>er</sup> degré <sup>4</sup> , peu importe l'âge du diagnostic <input type="checkbox"/> parent de 1 <sup>er</sup> degré et 1 parent de 2 <sup>e</sup> degré <sup>4</sup> du même côté de la famille, peu importe l'âge lors du diagnostic		P4 <b>Électif ≤ 6 mois 1<sup>re</sup> coloscopie</b> Voir les algorithmes <sup>8</sup> pour le suivi approprié selon la condition.
<b>C- Dépistage du cancer colorectal pour les personnes à risque moyen sans antécédents personnels ou familiaux significatifs<sup>6</sup></b>		
IN11 <input type="checkbox"/> Après discussion avec l'usager, le médecin choisit plutôt de prescrire la coloscopie malgré la disponibilité du test de RSOSI et sa pertinence pour le dépistage du cancer colorectal <sup>10</sup> . Dernier résultat négatif de RSOSI : Date : _____ Rappel : Si le test RSOSI est négatif, il devrait être répété tous les 2 ans.		P5 <b>Prioriser les coloscopies de P1 à P4 avant les coloscopies de P5</b>
<b>D- Surveillance (contrôle) – Si coloscopie(s) antérieure(s), mais absence de symptômes<sup>6</sup></b>		
Antécédents personnels : IN14 <input type="checkbox"/> Cancer colorectal IN13 <input type="checkbox"/> Polypes IN15 <input type="checkbox"/> Surveillance MII (8-10 ans après le début symptômes)	Antécédents familiaux : IN9 <input type="checkbox"/> Surveillance d'antécédents familiaux significatifs	Dernière coloscopie : Date : _____ Lieu : _____ N.B. Personne à risque moyen ayant eu une coloscopie antérieure normale, prescrire RSOSI après 10 ans.
		<b>C</b> <b>Contrôle</b> Voir les algorithmes <sup>8</sup> pour le suivi approprié selon la condition. Date ciblée pour faire le suivi : _____
<b>E- Renseignements complémentaires pertinents</b>		
Médication	Anticoagulants : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Médicament : _____ Indication : _____	
	Antiplaquettaires : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Médicament : _____ Indication : _____	
	Protocole d'anticoagulothérapie : _____ Recommandations : _____	
Autres	AINS <sup>11</sup> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Médicament : _____ Indication : _____	
	MPOC oxygénodépendant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Apnée du sommeil avec appareil : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Stimulateur cardiaque : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Défibrillateur cardiaque : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Diabète traité par : Insuline : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Insuffisance cardiaque sévère classe 4 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Problèmes de compréhension : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Hypoglycémiant oraux : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Insuffisance rénale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Problèmes de mobilité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Informations complémentaires : _____	Date de réception : _____