

Procédure no : PRO-DSP-617	Date d'émission : 2015-12-10
Titre : Encadrement et suivi des allergies et des intolérances	Date de révision : 2017-02-16

Source : Direction des services professionnels

Responsable de l'application : Direction des services professionnels
Direction des services d'hébergement

Destinataires : Gestionnaires de l'hébergement
Assistante-infirmière-chef
Infirmière
Infirmière auxiliaire

1. Objectifs

- Encadrer la procédure ainsi que le suivi concernant les allergies alimentaires, médicamenteuses et environnementales;
- Assurer la prestation sécuritaire des soins en lien avec les normes d'Agrément Canada par le biais d'une procédure encadrant les allergies de toutes sortes;
- Assurer une communication efficace entre les médecins, la pharmacienne et le personnel infirmier tout au long du continuum de soins.

2. Définition

Allergie : Réaction anormale et excessive du système immunitaire face à une substance généralement étrangère à l'organisme (allergène);

Intolérance : Réaction de l'organisme, anormale par ses manifestations pathologiques, à l'égard d'une substance médicamenteuse (intolérance médicamenteuse) ou d'un aliment (intolérance alimentaire).

3. Procédure

3.1. Allergie ou intolérance à l'admission

- La pharmacienne ainsi que l'infirmière vérifient si des allergies sont mentionnées au CTMSP;
- La pharmacienne ou l'assistante-infirmière-chef selon le cas questionne le portrait des allergies auprès du résident et/ou de ses proches afin d'en connaître l'historique et d'en valider la symptomatologie. Le portrait établi permettra de discriminer les intolérances, les effets secondaires, les allergies mineures et les allergies majeures (Annexe 1);

En l'absence de la pharmacienne

L'assistante-infirmière-chef effectue l'historique et dépose le formulaire dans le panier de la pharmacie qui sera retourné au dossier suite à la vérification de la pharmacienne qui assure le suivi.

En présence de la pharmacienne

Si présence d'allergies / intolérances : L'assistante-infirmière-chef avise par téléphone le plus rapidement possible la pharmacienne qui assure le suivi. Au retour du formulaire à l'étage, le chef d'unité ou l'assistante-infirmière-chef en son absence, ajuste au besoin le carton d'allergie et dans le logiciel SICHELD.

Si absence d'allergies / intolérances : L'assistante-infirmière-chef coche sur le formulaire d'historique, les cases correspondantes et dépose le formulaire dans le panier de la pharmacie qui sera retourné au dossier suite à la vérification de la pharmacienne.

- L'infirmière appose un autocollant avec la mention allergie en rouge sur le dossier du résident;

- L'infirmière complète la carte d'allergie à l'admission et l'insère dans la pochette en haut en droite du dossier du résident;

ALLERGIE

Nom : _____

VOIR VERSO

Allergie : _____

Intolérance : _____

Aucune : Remplacer carton si une allergie ou une intolérance se déclare en cours d'hébergement

- L'assistante-infirmière-chef inscrit les allergies au logiciel SICHELD du résident (infos-soins / allergie) et confirme leur sévérité ou inscrit sévérité inconnue selon le cas. Si aucune allergie n'est connue, elle doit tout de même cocher la case « aucune allergie »;
- Pour une allergie alimentaire, l'assistante-infirmière-chef doit également inscrire cette donnée au logiciel SichelD (profil du résident / boire et manger / allergie alimentaire) et doit en aviser la nutritionniste;
- Une note au dossier concernant les allergies est rédigée à l'admission par le personnel infirmier;
- Le médecin confirme l'allergie sur la feuille sommaire médicale lors de sa première visite;
- La pharmacienne saisit les données au logiciel GESPHARx afin que l'information apparaisse sur la première feuille d'administration des médicaments (FADM).

3.2. Allergie ou intolérance déclarée en cours d'hébergement

- L'infirmière avise le médecin traitant via son cartable de visite médicale lorsqu'elle soupçonne une réaction allergique ou une intolérance;
- Le médecin confirme l'allergie sur la feuille sommaire médicale ainsi que sur la feuille d'ordonnances du résident concerné;
- L'infirmière ou l'infirmière auxiliaire selon le cas numérise l'ordonnance à la pharmacie;

- L'infirmière appose un autocollant avec la mention allergie en rouge sur le dossier du résident si aucune allergie n'avait jamais été notée;
- L'infirmière ajoute l'information sur la carte d'allergie à l'endroit désigné dans la pochette en haut à droite du dossier du résident ou remplace le carton si une première allergie ou intolérance se déclare;
- L'assistante-infirmière-chef inscrit les allergies au logiciel SICHELD du résident (infos-soins / allergie) et confirme leur sévérité ou inscrit sévérité inconnue selon le cas;
- Pour une allergie alimentaire, l'assistante-infirmière-chef doit également inscrire cette donnée au logiciel SichelD (profil du résident / boire et manger / allergie alimentaire) et doit en aviser la nutritionniste.

3.3. Gestion des allergies sévères

Pour toutes allergies sévères, un crayon injecteur d'épinéphrine est disponible dans tout endroit jugé approprié selon la condition clinique du résident (ex. : sac à main d'un résident autonome, chariot à médicaments, boîtier sécurisé à la cuisinette).

L'endroit où se retrouve le crayon injecteur est indiqué à la FADM du résident concerné.

En cas d'urgence, une fiole d'épinéphrine est disponible en tout temps dans les cabarets d'urgence de chaque étage.

Une évaluation régulière de la condition clinique du résident présentant une allergie sévère doit être effectuée afin de juger l'endroit où il est préférable d'entreposer son crayon injecteur d'épinéphrine.

- La pharmacienne saisit les données au logiciel GESPHARx afin que l'information apparaisse sur la première feuille d'administration des médicaments (FADM).

3.4. Suivi des allergies ou intolérances déclarées

- En tout temps, lorsqu'un appel est fait au médecin, l'infirmière ou l'assistante-infirmière-chef selon le cas doit aviser ce dernier des allergies présentées par le résident concerné;
- En tout temps, lors de l'administration des médicaments, l'infirmière auxiliaire ou l'infirmière selon le cas doit avoir connaissance des allergies que présentent les résidents;

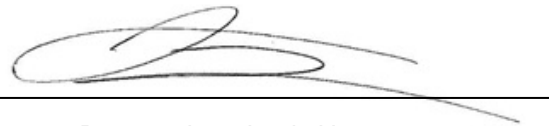
- Tous les trois mois, le chef d'unité révisé les données clinico-administrative incluant les allergies selon la politique et procédure POL-PRO-DSH-219 « Démarche clinique et mise en place des plans de travail du personnel ».

Signé le

16 février 2017

Date

par



Docteur Jean-Louis Hausser
Directeur des services professionnels

HISTORIQUE DES ALLERGIES ET INTOLÉRANCES

 Aucune allergie

 Aucune intolérance

Provenance de l'information :

 Résident

 Proches

 Autres

MÉDICAMENT

Nom du médicament allergène : _____

Indication : _____

À quel âge ? _____

 Début : qq min./h après la prise

 Plusieurs jours après la prise

 Ne se souvient pas

 Éruption cutanée : Généralisée

 Localisée

 Ne se souvient pas

 Démangeaison : OUI

 NON

 Ne se souvient pas

 Enflure : Visage

 Bouche Gorge Mains

 Ne se souvient pas

 Autres symptômes : Difficulté respiratoire

 Hypotension Autres : _____

Traitement reçu suite à la réaction (consult. Md, consult. Hôpital, Rx) ?

 NON

 OUI

Détail : _____

Reprise du produit depuis la réaction ?

 NON

 OUI

Produit déjà consommé avant la réaction ?

 NON

 OUI

Nom du médicament allergène : _____

Indication : _____

À quel âge ? _____

 Début : qq min./h après la prise

 Plusieurs jours après la prise

 Ne se souvient pas

 Éruption cutanée : Généralisée

 Localisée

 Ne se souvient pas

 Démangeaison : OUI

 NON

 Ne se souvient pas

 Enflure : Visage

 Bouche Gorge Mains

 Ne se souvient pas

 Autres symptômes : Difficulté respiratoire

 Hypotension Autres : _____

Traitement reçu suite à la réaction (consult. Md, consult. Hôpital, Rx) ?

 NON

 OUI

Détail : _____

Reprise du produit depuis la réaction ?

 NON

 OUI

Produit déjà consommé avant la réaction ?

 NON

 OUI

Nom du médicament allergène : _____

Indication : _____

À quel âge ? _____

 Début : qq min./h après la prise

 Plusieurs jours après la prise

 Ne se souvient pas

 Éruption cutanée : Généralisée

 Localisée

 Ne se souvient pas

 Démangeaison : OUI

 NON

 Ne se souvient pas

 Enflure : Visage

 Bouche Gorge Mains

 Ne se souvient pas

 Autres symptômes : Difficulté respiratoire

 Hypotension Autres : _____

Traitement reçu suite à la réaction (consult. Md, consult. Hôpital, Rx) ?

 NON

 OUI

Détail : _____

Reprise du produit depuis la réaction ?

 NON

 OUI

Produit déjà consommé avant la réaction ?

 NON

 OUI

ALLERGIE ALIMENTAIRE

Nom de l'aliment allergène : _____

À quel âge ? _____

Début : qq min./h après la prise Plusieurs jours après la prise Ne se souvient pasÉruption cutanée : Généralisée Localisée Ne se souvient pasDémangeaison : OUI NON Ne se souvient pasEnflure : Visage Bouche Gorge Mains Ne se souvient pasAutres symptômes : Difficulté respiratoire Hypotension Autres : _____Traitement reçu suite à la réaction (consult. Md, consult. Hôpital, Rx) ? NON OUI Détail : _____Reprise du produit depuis la réaction ? NON OUIProduit déjà consommé avant la réaction ? NON OUI

Nom de l'aliment allergène : _____

À quel âge ? _____

Début : qq min./h après la prise Plusieurs jours après la prise Ne se souvient pasÉruption cutanée : Généralisée Localisée Ne se souvient pasDémangeaison : OUI NON Ne se souvient pasEnflure : Visage Bouche Gorge Mains Ne se souvient pasAutres symptômes : Difficulté respiratoire Hypotension Autres : _____Traitement reçu suite à la réaction (consult. Md, consult. Hôpital, Rx) ? NON OUI Détail : _____Reprise du produit depuis la réaction ? NON OUIProduit déjà consommé avant la réaction ? NON OUI**ALLERGIE ENVIRONNEMENTALE**

Produit allergène : _____

À quel âge ? _____

Réaction observée : _____

Désensibilisation reçue : OUI NON Efficacité : OUI NON

Traitement habituel : _____

INTOLÉRANCES (effets indésirables)

Nom du produit : _____ Effet indésirable : _____

Nom du produit : _____ Effet indésirable : _____

Nom du produit : _____ Effet indésirable : _____

Commentaires de l'infirmière : _____

Signature de l'assistante-infirmière-chef / infirmière _____

Date _____

Commentaires de la pharmacienne :

Signature de la pharmacienne _____

Date _____

Déposer dans le panier de la pharmacie et sera retourné au dossier suite à la vérification de la pharmacienne. Ajuster le carton d'allergie et SICHELD au besoin.