

<b>Procédure no : PRO-DSP-617</b>	<b>Date d'émission : 2015-12-10</b>
<b>Titre : Encadrement et suivi des allergies et des intolérances</b>	<b>Date de révision : 2019-12-09</b>

**Source** : Direction des services professionnels

**Responsable de l'application** : Direction des services professionnels  
Direction des services à la clientèle

**Destinataires** : Gestionnaires de l'hébergement  
Assistante-infirmière-chef  
Infirmière  
Infirmière auxiliaire  
Nutritionniste  
Technicienne en diététique

## 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, le personnel infirmier et la nutritionniste 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 ;

The image shows a red-bordered card with the following content:

- ALLERGIE** (in a red box)
- Nom : \_\_\_\_\_
- VOIR VERSO**
- Allergie : \_\_\_\_\_
- Intolérance : \_\_\_\_\_
- Aucune :  Remplacer carton si une allergie ou une intolérance se déclare en cours d'hébergement

- L'infirmière complète la carte d'allergie à l'admission et l'insère dans la pochette en haut en droite du dossier du résident ;
- 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 (se référer à la politique POL-PRO-DSC-210 « service de nutrition ») ;
- 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 (se référer à la politique POL-PRO-DSC-210 « service de nutrition »).

### **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**

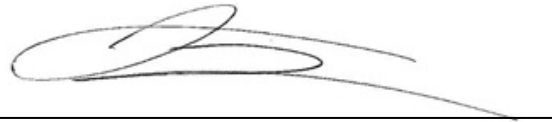
- En tout temps, lorsqu'un appel est fait au médecin, l'infirmière ou l'assistante-infirmière-chef selon le cas doit aviser ce dernier des allergies présentées par le résident concerné ;

- 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

9 décembre 2019

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.**