Centre de santé et de services sociaux du Granit

ORDONNANCE COLLECTIVE

TITRE : **Fournir la prescription des bandelettes et des lancettes pour glycémies capillaires**	**OC-0047** **Page 1 sur 3**
Référence à un protocole : Oui ☐ Non ☒ **Référence à une méthode de soins infirmiers de l'AQESSS : Oui ☐ Non ☒**	**Remplace :** **Date de révision prévue : mars 2016** **Date d'entrée en vigueur : 15 mars 2012**
Professionnels visés par l'ordonnance : **Infirmières**	
Secteurs d'activités visés : **Programme des maladies chroniques**	
Groupe de personnes visées ou situation clinique visée : **Usager avec diabète ou état pré-diabétique, inscrit au programme des maladies chroniques**	
Médecin répondant : **Médecin responsable du programme des maladies chroniques**	

Indications :

- Patient connu pour anomalie de la glycémie qui nécessite une évaluation régulière du contrôle glycémique.

Procédure :

- L'infirmière complète le formulaire de liaison.
- Remet l'original au patient, qui l'apporte à la pharmacie.
- Transmet une copie au médecin de famille.
- Conserve une copie au dossier de l'usager.

Référence :

- GMF du Granit : Demande de bandelettes lancettes et/ou glucomètre et/ou aiguilles pour stylos injecteurs.

Titre : Fournir la prescription des bandelettes et des lancettes pour glycémies capillaires

---

PROCESSUS D'ÉLABORATION

Dre Michèle Brochu *Responsable du comité des ordonnances collectives*	Date

PROCESSUS DE VALIDATION

Denise Arsenault *Directrice de la qualité des services et des soins infirmiers*	Date

PROCESSUS D'APPROBATION

Dr Bernard Gélinas *Président du CMDP*	Date

Centre de santé et de services sociaux
du Granit

Formulaire de liaison
Infirmière – pharmacie communautaire

Je confirme que M. Mme _____ est inscrit (e) au programme de maladies chroniques et nécessite une évaluation régulière du contrôle glycémique et a besoin de :

☐ Bandelettes pour glycémie capillaire # 100 RN x 1 an

☐ Lancettes pour glycémie capillaire # 100 RN x 1 an

_____	_____
Nom de l'infirmière	Signature de l 'infirmière
_____	_____
No de permis	Téléphone
_____	_____
Nom du médecin répondant	Signature du médecin
_____	_____
No de permis	Téléphone

☐ Original remis au patient pour la pharmacie

☐ Copie acheminée au médecin de famille

☐ Copie conservée au dossier

_____
Date

MD-039-2012

Formulaire de liaison
Infirmière – pharmacie communautaire

Centre de santé et de services sociaux
du Granit

Liste des infirmières autorisées

Centre de santé et de services sociaux du Granit

Nom	Signature	No de permis	Date	Téléphone