| ORDONNANCE COLLECTIVE DE DIAGNOSTIC | Glucomètre, bandelettes et lancettes pour l'auto-surveillance de la glycémie | DSI-OC-32 |
|---|---|---|
| **Référence à un protocole**<br>☐ **oui** ☐ **non** | **Date de mise en vigueur :**<br>Novembre 2013 | **Date de révision :**<br>2016 |

**Professionnelles habilitées à exécuter l'ordonnance et secteur(s) d'activité(s) visé(s) :**

Infirmières habilitées possédant la formation, les connaissances et les compétences nécessaires :

- Avoir reçu une formation sur le diabète et le traitement ;
- Maîtriser les notions sur le mode d'action des diverses insulines ;
- Poursuivre la mise à jour des connaissances sur le diabète ;
- Connaître les objectifs glycémiques individualisés visés.

**Secteur(s) d'activités(s) visé(s) :** ☑ Programme de prévention et de gestion des maladies cardiométaboliques du CSSS du Haut-Saint-François (volet diabète)

**Clientèle ou situation clinique visée par l'ordonnance**

Toute clientèle connue ou en investigation de diabète ou d'intolérance au glucose suivie par une infirmière du secteur mentionné ci-haut et intéressée (la personne elle-même ou un proche aidant) à assurer le suivi de ses glycémies capillaires.

Toute clientèle des pharmacies participantes de l'Estrie.

**Activités réservées de l'infirmière :**

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance;
- Effectuer le suivi infirmier de personne présentant des problèmes de santé complexes.

## Indications et conditions d'initiation

Permettre une surveillance des glycémies capillaires afin de maintenir une glycémie optimale et de prévenir les complications du diabète.

**Procédure :**

L'infirmière

1. Évalue l'auto-prise en charge par la personne elle-même ou par un aidant naturel;
2. Vérifie si la personne a un glucomètre et s'il est adapté ou non à ses besoins;
3. Discute avec la personne du choix de glucomètre et des fournitures (bandelettes, lancettes);
4. Évalue la fréquence des prises de glycémie. La fréquence des contrôles glycémiques dans le cadre de l'auto-surveillance doit être adaptée en fonction du traitement prescrit. Le besoin de renseignements concernant la glycémie permet la modification du comportement et l'ajustement des médicaments par le médecin, au besoin.
5. Choisit le type de bandelettes et de lancettes selon le modèle du glucomètre;
6. Vérifie la compréhension et/ou fait l'enseignement sur l'utilisation adéquate de l'appareil choisi, incluant les bandelettes et lancettes;
7. L'infirmière complète le formulaire de liaison pour l'application de l'ordonnance collective en indiquant le nom du médecin traitant (voir annexe 1).

**Source :**

- Ordonnance collective (ORD-CMDP-51) Glucomètres, bandelettes et lancettes pour l'auto-surveillance de la glycémie, CSSS IUGS, 23 juin 2010.

## PROCESSUS D'ÉLABORATION

| | Nom | Titre | Date |
|---|---|---|---|
| **Adapté par** | Diane Duranleau<br>Isabelle Boulay | Infirmière clinicienne en prévention des maladies cardiométabolique<br>Infirmière clinicienne en prévention des maladies cardiométaboliques | Mai 2013 |
| **Personne consultée** | Dr Robert Blais | Médecin responsable des maladies cardiométaboliques au CSSS du Haut-St-François | Mai 2013 |
| | | | |
| | | | |

## INSTANCES CONSULTÉES

| | |
|---|---|
| ☒ **CECII** ☒ **CMDP** ☐ **DSP**<br>☐ **CIIA** ☐ **CM** | |

## PROCESSUS D'APPROBATION

| | |
|---|---|
| **Approuvé par :**<br>Lorraine Ray<br>Directrice des soins infirmiers | décembre 2013<br>Date |
| Président CMDP | novembre 2013<br>Date |

## PROCESSUS DE REVISION :

| | Nom | Titre | Date |
|---|---|---|---|
| **Révisé par** | | | |
| **Personnes consultées** | | | |

Centre de santé et de services sociaux
du Haut-Saint-François

**Annexe 1**

# Formulaire de liaison pour l'application de l'ordonnance collective
## Glucomètre, bandelettes et lancettes pour l'auto-surveillance de la glycémie capillaire

Date :_____

Glucomètre utilisé/ enseigné au client :

- ❑ Modèle :
- ❑ Bandelettes :
- ❑ Lancettes :

Notes/ Particularités :

RENOUVELLEMENT 18 MOIS ?:

NOM ET PRÉNOM DE L'INFIRMIÈRE _____ SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE _____

NO DE PERMIS DE L'OIIQ _____ TÉLÉPHONE _____

NOM DU MÉDECIN RÉPONDANT _____ NO DE PERMIS _____ TÉLÉPHONE _____

SECTION RÉSERVÉE AU PHARMACIEN

| Nom du pharmacien | Signature | Date |
|---|---|---|
| | | |