

ORDONNANCE COLLECTIVE GMF

Code : ENDO-08-GMF

Date d'émission :

Date de révision prévue :

Référence à un protocole
de soins infirmiers

OUI NON

Objet : Ajustement de la dapagliflozine (Forxiga^{MD}) dans le diabète de type II

Professionnels habilités

- Les infirmières du GMF qui possèdent la formation pertinente, les connaissances et les compétences nécessaires à l'application de l'ordonnance collective.

Secteur(s) d'activité(s) visé(s)

- GMF

Clientèle, catégories de clientèles ou situation clinique visée

- Clientèle adulte ≥ 18 ans inscrite au GMF pour qui une médication du dapagliflozine (Forxiga^{MD}) a été initiée par le médecin ou chez qui un ajustement de la posologie est nécessaire.

Activités réservées

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
- Exercer une surveillance clinique de la condition de la personne dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier;
- Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes;
- Initier les mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance;
- Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.

Indications / Conditions d'initiation

- Le médecin traitant complète le formulaire d'adhésion à l'ordonnance collective ;
- Diabète de type II ;
- Diabète non contrôlé ;
- HbA_{1c} cible non atteinte ;
- En monothérapie ;
- En association avec de la metformine ;
- En association avec une sulfonyleurée ;
- En association avec de l'insuline seule (ou avec la metformine).

Intentions thérapeutiques

- Permettre un contrôle optimal et individualisé du diabète;
- Prévenir les complications liées à un mauvais contrôle du diabète.

Contre-indications

- **Absolues**
 - Hypersensibilité au médicament;
 - DFGe (débit de filtration glomérulaire) < 60 ml/min/1,73 m².

Non-indiqués

- Femme enceinte, allaitement ;
- Diabète type I ;
- Avec la pioglitazone ;
- Cancer de la vessie évolutif.

Précautions

- Infections génitales fréquentes (vaginite, balanite);
- Patients à risque de déplétion volémique, d'hypotension et/ou de déséquilibre électrolytique ;
- 65 ans et plus.

Limites / Référence au médecin

- Lorsque la dose maximale de la médication est atteinte et que les valeurs cibles ne sont pas atteintes ;
- Présence d'effets indésirables de la médication ;
- Hypotension symptomatique;
- Hypoglycémie répétée et non améliorée après ajustement de l'insuline et sulfonylurée ;
- Diminution du DFGe < 60 ml/min/1,73 m².

Effets secondaires

- Déplétion volémique et hypotension ;
- Mycoses génitales ;
- Infection des voies urinaires.

Interactions médicamenteuses

- Aucun effet cliniquement pertinent
- Susceptible d'interagir :
 - Lithium

Directives / Références aux outils clinique

- Ajuste la posologie du dapagliflozine (Forxiga^{MD}) selon les directives d'ajustement afin d'atteindre les cibles fixées par le médecin;
- Calcule la clairance de la créatinine pour tous les clients avant le début du traitement (si le DFGe n'est pas disponible);
- Prévoit les analyses de laboratoire suivantes avant le début du traitement avec la dapagliflozine : Hématocrite, ions, bilan lipidique et HbA_{1C} si plus de trois mois.
- Surveillance des hypoglycémies si prise d'insuline ou sulfonylurée; S'assurer, lors de l'initiation du traitement avec Forxiga et tout au long de la période d'ajustement, que la réduction des doses de sulfonylurée ou d'insuline a été considérée et demeure adéquate.
- Si prise de sulfonylurée ou d'insuline prévoir un suivi téléphonique pour l'évaluation de l'effet de la médication (hypoglycémie) une semaine après l'initiation du Forxiga ou selon la prescription médicale;
- À la quatrième semaine suivant l'initiation du Forxiga, l'infirmière planifie un rendez-vous avec le client pour le titrage à la médication.

AJUSTEMENT DAPAGLIFLOZINE (FORXIGA^{MD})

DAPAGLIFLOZINE (FORXIGA^{MD})

<i>Présentation et teneur</i>	<i>Dose maximale quotidienne</i>
Comprimés de 5 mg (jaune) et 10 mg (blanc)	10 mg per os

Dose de départ	Titrage	Commentaires
□ 5 mg id	□ 10 mg id	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ajuster la médication suite à la rencontre de la 4^{ème} semaine, dose de 5mg bien tolérée ou selon prescription médicale; ▪ Surveiller glycémie.

Contre-indications	Effets secondaires	Notes
<p><u>Absolues</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hypersensibilité au médicament; ▪ DFGe (débit de filtration glomérulaire) < 60 ml/min/1,73 m². <p><u>Non-indiqués</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Femme enceinte, allaitement ; ▪ Diabète type I ; ▪ Avec la pioglitazone ; ▪ Cancer de la vessie évolutif. <p><u>Précautions</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infections génitales fréquentes (vaginite, balanite); ▪ Patients à risque de déplétion volémique, d'hypotension et/ou de déséquilibre électrolytique ; ▪ 65 ans et plus ; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déplétion volémique et hypotension ; ▪ Mycoses génitales ; ▪ Infection des voies urinaires. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si le patient oublie de prendre une dose de Forxiga, il doit le prendre dès qu'il constate son oubli. Toutefois, il ne faut pas doubler la dose de Forxiga au cours d'une même journée ; ▪ Prendre Forxiga le matin, permet la diminution de la nycturie ; ▪ Surveillance des hypoglycémies si prise d'insuline ou sulfonylurée; ▪ En cas de gastro-entérite →cesser médication jusqu'à absence des symptômes.

FORMULAIRE DE LIAISON POUR
LA TRANSMISSION DE L'INFIRMIERE
AU PHARMACIEN POUR L'APPLICATION DE L'OC
«Ajustement de la dapagliflozine (Forxiga^{MD})
dans le diabète de type II»

PARTIE À COMPLÉTER PAR L'INFIRMIÈRE

J'AI ÉVALUÉ LA PERSONNE CI-HAUT MENTIONNÉE CONCERNANT L'AJUSTEMENT DES HYPOGLYCÉMIANTS
EN RÉFÉRENCE À L'ORDONNANCE COLLECTIVE **ENDO-08-GMF**, AJUSTEMENT DE LA DAPAGLIFLOZINE
(FORXIGA^{MD})

Dose actuelle : _____ Usager avisé du changement de posologie oui non

Dapagliflozine	
<input type="checkbox"/> Forxiga ^{MD}	
Dosage	Fréquence
_____ mg	_____ ID

Cette ordonnance est valide pour 12 mois

Données pertinentes à l'ajustement de la médication

T.A : _____ DFGe _____ date _____

Nom de la pharmacie : _____

Numéro téléphone : _____ Numéro télécopieur : _____

Ce formulaire représente le formulaire original. Le pharmacien identifié est le seul destinataire. L'original de ce formulaire ne sera pas réutilisé.

Nom de l'infirmière: _____ No. Permis: _____

Téléphone: _____ Poste: _____ Télécopieur: _____

Signature de l'infirmière: _____ Date : _____

Nom du médecin signataire: _____ No. Permis: _____

Téléphone: _____ Poste: _____ Télécopieur: _____

Notes complémentaires : _____

PARTIE À COMPLÉTER PAR LE PHARMACIEN

Nom du pharmacien : _____ No. Permis: _____






Produit servi : _____

Notes complémentaires : _____

Signature du pharmacien : _____ Date : _____

Pour visualiser l'ordonnance complète, rendez-vous dans le site Web du CSSS Québec-Nord, section Publications/ OC GMF- CRQ (privés)

Mon patient rencontre-t-il les critères pour initier Forxiga^{MD} ?

INDICATIONS		PRECAUTIONS	
Diabète Type II		Diabète type I 	
Insuline		DFGe < 60 ml/min/1,73 m ² 	
Patient qui refuse prendre insuline		Enceinte ou prévoit de l'être 	
Gain pondéral avec insuline		Allaitement 	
DFGe ≥ 60 ml/min/1,73 m ²		Cancer de la vessie 	
Glycémies mal contrôlées		Infection génitale antérieure	
Hypertension		Symptômes déplétion volémique	
Hypoglycémies sous sulfonylurée			
Surpoids			

Ce questionnaire permet d'évaluer le patient par l'infirmière afin de déterminer s'il est un candidat à la dapagliflozine (Forxiga^{MD}), et le remet au médecin traitant.

SUIVI CLIENTÈLE