



RÉFÉRENCE POUR L'ACCUEIL CLINIQUE
Cellulite avec échec aux antibiotiques oraux
Selon Ordonnance Collective (OC) OC-018

Installation : Hôpital de la Cité-de-la-Santé

À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN / IPS REQUÉRANT

CONDITIONS D'INITIATION

- Avoir 18 ans et plus
- Présenter des signes de cellulite malgré un traitement antibiotique

CONTRE-INDICATIONS SPÉCIFIQUES

- Température buccale $\geq 38,2$ C
- Instabilité hémodynamique (pouls ≥ 100 battements/minute, TA $\leq 90/50$ mmHg)
- Présence de cyanose au niveau des extrémités
- Plaie nécrotique de novo
- Douleur intense au site de l'infection, non soulagée par l'analgésie
- Progression rapide et significative de la rougeur
- Présence de crépitements sous-cutanée (provenant des gaz qui s'accumulent dans les tissus) et/ou de nécrose cutanée
- Usager splénectomisé
- Usager immunosupprimé avec une neutropénie documentée.
- Suspicion d'arthrite septique concomitante (avec ou sans prothèse articulaire)
- Suspicion d'infection de greffon vasculaire sous-jacent
- Suspicion d'une infection de cathéter tunnalisé (Port-a-cath, Permcath)

Si votre usager présente l'une de ces contre-indications, celui-ci n'est pas un candidat pour l'Accueil clinique

INFORMATIONS CLINIQUES PERTINENTES (obligatoire)

MERCI DE JOINDRE À CETTE DEMANDE LES ITEMS SUIVANTS (obligatoire)

- Note de consultation Traitement antibiotique prescrit (svp préciser) _____

Toute demande incomplète ou ne répondant pas aux indications et/ou comportant des contre-indications sera retournée et le dossier sera fermé jusqu'à réception de dossier conforme.

IDENTIFICATION LISIBLE DU MÉDECIN / IPS REQUÉRANT (toutes les informations ci-dessous sont obligatoires)

Nom et prénom du médecin / IPS requérant (en lettres moulées)

Signature

No de permis

Téléphone (ligne directe pour rejoindre MD / IPS) :

Télécopieur ou courriel

Étampe médecin

Clinique – GMF – UMF – autre

Date et heure

JE M'ENGAGE À FAIRE LE SUIVI TOUT AU LONG DES INVESTIGATIONS.
EN MON ABSENCE J'AI DÉSIGNÉ LE MD/IPS SUIVANT :

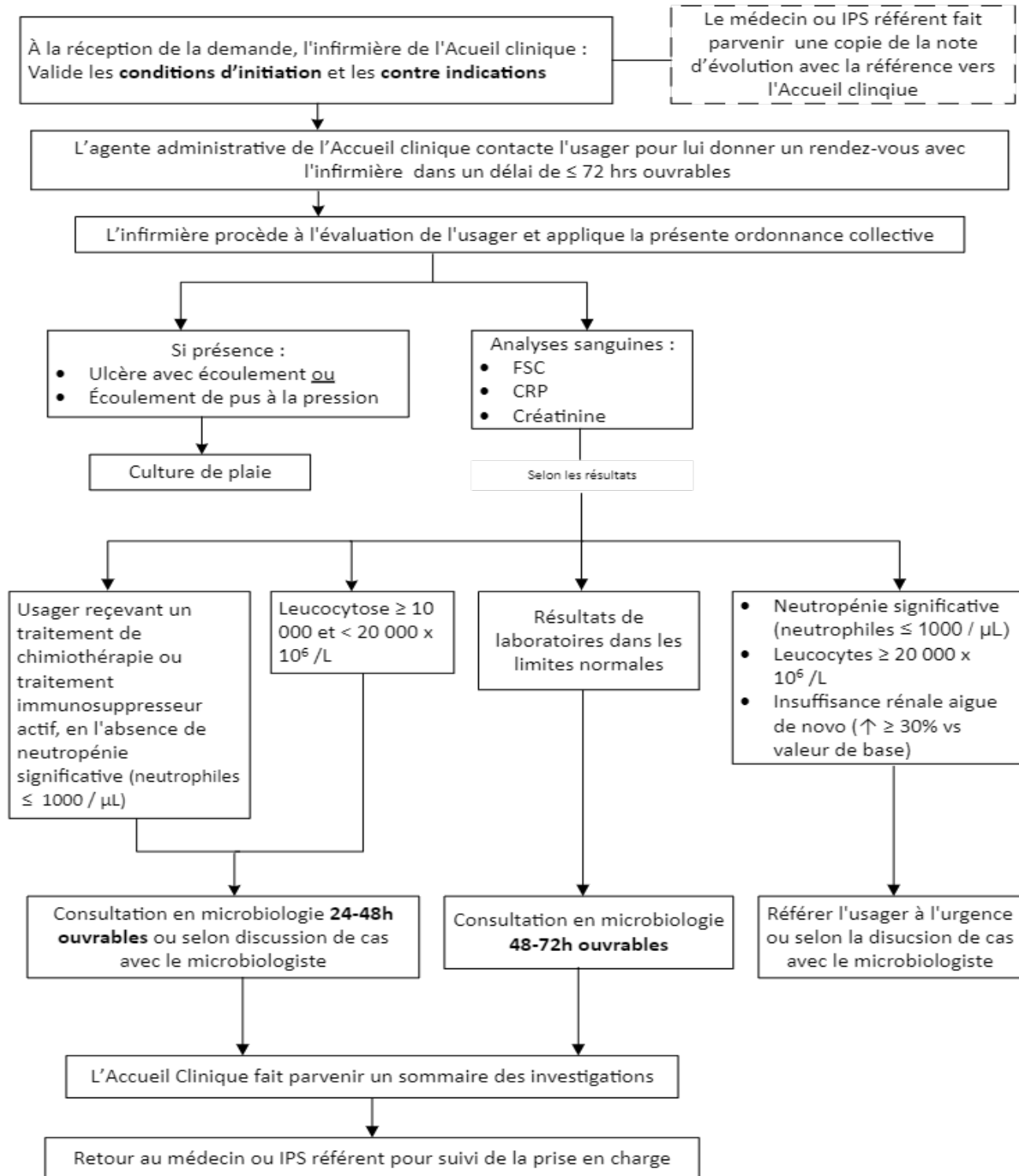
Nom et prénom du médecin / IPS (lettres moulées)

Téléphone (facilement joignable)

Télécopieur ou courriel

Courriel : accueil.clinique.ciSSLav@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur: (450) 975-5582 Téléphone: (450) 668-1010 poste 24682

Cellulite nécessitant une antibiothérapie intraveineuse et/ou une détérioration sous antibiotiques oraux



OC-018-3 [Initier les mesures diagnostiques et une consultation pour les usagers présentant une cellulite nécessitant une antibiothérapie intraveineuse et/ou avec une détérioration sous antibiotiques oraux](#) p.4