

FORMULAIRE D'ÉVALUATION MÉDICALE POUR LES EMPLOYÉS
VÉRIFICATION DES CONTRE-INDICATIONS À LA MÉDICATION ANTIVIRALE
LORS D'UNE ÉCLOSION D'INFLUENZA

Nom : _____ Date de naissance : _____

Contre-indications potentielles aux antiviraux :

1. Relenza® (Zanamivir) :
 - Allergie antérieure.
 - Asthme ou MPOC : Précautions, car risque de bronchospasme ou détérioration de la condition sous-jacente. Considérer autre option ou surveillance et considérer protection concomitante avec inhalateurs.
2. Tamiflu® (Oseltamivir) :
 - Allergie antérieure.
 - Femmes enceintes ou qui allaitent.
 - Ajustement selon clearance de la créatinine si IRC (moins de 30 cc/min.).
3. Amantadine (Symmetrel®)
 - Allergie antérieure.
 - Femmes enceintes ou qui allaitent.
 - Ajustement selon clearance de la créatinine si IRC (moins de 40 cc/min.).
 - Précautions si insuffisance cardiaque, eczéma, épilepsie ou problèmes psychiatriques.

En présence d'éclosion d'influenza en hébergement, la médication sera fournie par l'établissement. Considérez-vous qu'il y ait des contre-indications aux différentes médications potentiellement recommandées, soit :

- Prophylaxie (durée de 2 semaines ou 10 jours après le début des symptômes du dernier cas) :
 - Relenza 2 inhal. die Oui Non
 - Tamiflu, die, avec dose ajustée selon si IRC Oui Non
 - Amantadine, die, avec dose ajustée selon si IRC Oui Non
- Traitement (début dans les 48 heures et pour 5 jours) :
 - Relenza 2 inhal. BID Oui Non
 - Tamiflu, BID, avec dose ajustée selon si IRC Oui Non
 - Amantadine, die, avec dose ajustée selon si IRC Oui Non

Signature du médecin

Numéro de pratique

Date