

Ordonnance médicale de fer (Monoferric, Ferinject et Venofer) *2 PAGES*

Envoyer le formulaire rempli aux cliniques Coverdale : Téléc. : 1-888-236-3502 ou par courriel : enrollment@coverdaleclinic.com

Des frais de perfusion s'appliquent, payables par carte de crédit au centre de ressources Coverdale au moment de la prise de rendez-vous. Veuillez noter que des frais d'annulation peuvent s'appliquer.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT OU LA PATIENTE			
Nom du patient ou de la patiente :	DN (jj/mm/aaaa):	Adresse :	
Allergies :	N° de téléphone : () —	Courriel :	N° de carte santé :
Personne à contacter en cas d'urgence :	Tél. de la personne à contacter en cas d'urgence : () —	Patient ou patiente a une couverture d'assurance privée? ☐ Oui ☐ Non	
DÉTAILS CLINIQUES DU PATIENT OU DE LA PATIENTE			
Diagnostic :	Hémoglobine : _____ (g/L)	Ferritine : _____ (ng/mL)	
Poids (kg) :	Date du poids : (jj/mm/aaaa) :	Première perfusion de fer? ☐ Oui ☐ Non	
Antécédents médicaux pertinents/notes :			
RENSEIGNEMENTS SUR LE PRESCRIPTEUR OU LA PRESCRIPTRICE			
Nom du prescripteur ou de la prescriptrice :	N° de permis :	Adresse :	
Téléphone : () —	Télécopieur : () —	Courriel :	
RENSEIGNEMENTS SUR L'ORDONNANCE			
MONOFERRIC : Adulte ou emploi non conforme pour enfant *voir la section pour enfant ci-dessous			
☐ Protocole pour adulte : dose de perfusion (cocher une) : ☐ 500 mg ☐ 1000 mg ☐ 1500 mg ☐ Autre : 20 mg/kg = _____ mg		☐ Protocole pour adulte : injection en bolus I.V. : Administrez _____ mg (jusqu'à 500 mg) de Monoferric une fois par semaine à un débit de 250 mg/minute .	
Fréquence Pour chaque dose totale (cochez une) : ☐ Administrez comme dose unique (si la dose totale dépasse 20 mg de fer/kg ou 1500 mg, elle doit être divisée en 2 perfusions à un intervalle d'au moins 1 semaine. Si possible, on recommande d'administrer 20 mg de fer/kg comme première dose). ☐ Dose divisée requise (veuillez préciser) : Jour 0 : _____ mg, Jour _____ : _____ mg, Jour _____ : _____ mg Fréquence de la dose (cochez une): ☐ Dose unique ☐ Répéter le schéma posologique : Administrez (N ^{bre}) _____ perfusion(s) selon une fréquence : ☐ hebdomadaire ☐ toutes les 2 semaines ☐ mensuelle ☐ autre : _____ <i>Remarque : Le prescripteur ou la prescriptrice est responsable de surveiller l'analyse sanguine et d'informer les cliniques Coverdale lorsque les traitements ne sont plus nécessaires.</i>			
Emploi non conforme : ☐ Protocole pour enfant (protocole de SickKids ci-dessous) : Dose prescrite : _____ mg En cas de nausées ou de réactions, le personnel infirmier peut administrer : DimenHYDRINATE — 1 mg/kg (jusqu'à 50 mg) × 1 dose à la clinique Perfusez lentement pendant 2 heures, en augmentant le débit selon la tolérance. Surveillez les signes vitaux toutes les 15 minutes. Surveillance après perfusion : 30 minutes (ou selon le jugement clinique).			
Fréquence Pour chaque dose totale (cochez une) : ☐ Administrez comme dose unique (si la dose totale dépasse 20 mg de fer/kg ou 1500 mg, elle doit être divisée en 2 perfusions à un intervalle d'au moins 1 semaine. Si possible, on recommande d'administrer 20 mg de fer/kg comme première dose). ☐ Dose divisée requise (veuillez préciser) : Jour 0 : _____ mg, Jour _____ : _____ mg, Jour _____ : _____ mg Fréquence de la dose (cochez une): ☐ Dose unique ☐ Répéter le schéma posologique : Administrez (N ^{bre}) _____ perfusion(s) selon une fréquence : ☐ hebdomadaire ☐ toutes les 2 semaines ☐ mensuelle ☐ autre : _____ <i>Remarque : Le prescripteur ou la prescriptrice est responsable de surveiller l'analyse sanguine et d'informer les cliniques Coverdale lorsque les traitements ne sont plus nécessaires.</i>			
PRÉMÉDICATIONS			
☐ Aucune n'est requise ☐ Autre :			

Ordonnance médicale de fer (Monoferric, Ferinject et Venofer) *2 PAGES*

Envoyer le formulaire rempli aux cliniques Coverdale : Téléc. : 1-888-236-3502 ou par courriel : enrollment@coverdaleclinic.com

Des frais de perfusion s'appliquent, payables par carte de crédit au centre de ressources Coverdale au moment de la prise de rendez-vous. Veuillez noter que des frais d'annulation peuvent s'appliquer.

FERINJECT : Adulte ou Enfant

- ☐ **Perfusion intraveineuse** (diluée dans une solution de NaCl à 0,9 % stérile selon les recommandations du fabricant)
☐ **Injection intraveineuse** (non diluée)

Dose (veuillez en cocher une ou inscrire la dose ci-dessous) :

Détermination des besoins totaux en fer — Adultes (18 ans et plus)

Hb (g/L)	Poids <35 kg	Poids 35 à <70 kg	Poids de ≥ 70 kg
<100	☐ 500 mg	☐ 1500 mg	☐ 2000 mg
100 à <140	☐ 500 mg	☐ 1000 mg	☐ 1500 mg
≥140	☐ 500 mg	☐ 500 mg	☐ 500 mg

Détermination des besoins totaux en fer — Enfants (1 à 17 ans)

Hb (g/L)	Poids 10 kg	Poids 20 kg	Poids 30 kg	Poids 40 kg	Poids 50 kg	Poids 60 kg
70	☐ 300 mg	☐ 600 mg	☐ 900 mg	☐ 1200 mg	☐ 1350 mg	☐ 1500 mg
90	☐ 250 mg	☐ 500 mg	☐ 750 mg	☐ 1100 mg	☐ 1200 mg	☐ 1350 mg
110	☐ 200 mg	☐ 400 mg	☐ 600 mg	☐ 900 mg	☐ 1000 mg	☐ 1100 mg
130	☐ 150 mg	☐ 300 mg	☐ 450 mg	☐ 700 mg	☐ 750 mg	☐ 800 mg
≥150	☐ 150 mg	☐ 300 mg	☐ 450 mg	☐ 500 mg	☐ 500 mg	☐ 500 mg

☐ **Autre :** _____ mg

En fonction des besoins totaux en fer, administrez FERINJECT en tenant compte de ce qui suit : Dose unique maximale : 15 mg de fer/kg de poids corporel ou 1000 mg. **Dose cumulée maximale par semaine :** 1000 mg. **Femmes enceintes (≥16 semaines) : Dose cumulée maximale —** 1000 mg (Hb > 90), 1500 mg (Hb ≤ 90).

Fréquence :

☐ **Dose unique** (si la dose totale dépasse 1000 mg, elle doit être divisée en deux doses, à un intervalle d'au moins 7 jours).

☐ **Dose divisée requise** (veuillez préciser) : Jour 0 : _____ mg, Jour _____ : _____ mg, Jour _____ : _____ mg

Réévaluez les taux d'Hb au plus tôt 4 semaines après la dernière dose. Si un apport supplémentaire en fer est nécessaire, recalculez la dose requise et soumettez une nouvelle ordonnance médicale.

PRÉMÉDICATIONS

☐ Aucune n'est requise ☐ Autre :

VENOFER : Adulte ou emploi non conforme pour enfant *voir la section pour enfant ci-dessous

Durée de la perfusion : Perfusez par voie I.V. pendant _____ minutes **Dose et voie d'administration :** _____ mg par I.V.

Fréquence : Administrez tous (toutes) les _____ (jours/semaines/mois) x _____ doses

PRÉMÉDICATIONS

☐ Aucune n'est requise ☐ Autre :

Considérations pendant la grossesse :

Est-ce que la patiente est enceinte? ☐ Non ☐ Oui — Si oui, en procédant à la perfusion, vous reconnaissez que Monoferric, Venofer et Ferinject doivent seulement être administrés pendant la grossesse à partir de 16 semaines (précisé dans les monographies de produit de Monoferric et Ferinject), lorsque les avantages l'emportent sur les risques à la fois pour la mère et le fœtus, conformément à la monographie de produit. Vous avez discuté des risques avec la patiente/tuteur(-trice), et vous souhaitez procéder au traitement.

Femmes enceintes (≥16 semaines) : Dose cumulée maximale — 1000 mg (Hb > 90), 1500 mg (Hb ≤ 90).

Veuillez préciser les paramètres de perfusion pour les femmes enceintes :

Commencez la perfusion lentement pendant _____ minutes, en augmentant le débit graduellement pendant _____ minutes, selon la tolérance.

Surveillez les signes vitaux toutes _____ minutes. Surveillance après perfusion : _____ minutes.

Considérations pédiatriques :

Reconnaissance de l'utilisation pédiatrique (MONOFERRIC et VENOFER) : Conformément à la monographie de produit de Monoferric/Venofer, ce médicament n'a pas fait l'objet d'études chez les enfants et n'est donc pas autorisé par Santé Canada pour cette population. En signant ci-dessous, vous confirmez que les risques ont été discutés avec le (la) patient(e)/tuteur(-trice) et vous souhaitez procéder au traitement comme prescrit. **Veuillez indiquer tout protocole supplémentaire :**

*J'autorise le **centre de ressources Coverdale** à agir en tant que mon mandataire désigné pour transmettre cette ordonnance à la pharmacie choisie par le patient ou la patiente ci-dessus. Cette ordonnance constitue l'ordonnance médicale originale et est destinée exclusivement à la pharmacie choisie par le patient ou la patiente.*

Signature du prescripteur ou de la prescriptrice :

Date (jj/mm/aaaa) :