

Ordonnance médicale de fer (Monoferric, Ferinject et Venofer)

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 : () —		
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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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			
<input type="checkbox"/> Protocole pour adulte : dose de perfusion (cocher une) : <input type="checkbox"/> 500 mg <input type="checkbox"/> 1000 mg <input type="checkbox"/> 1500 mg <input type="checkbox"/> Autre : 20 mg/kg x ___ kg = _____ mg de Monoferric Remarque : Les doses uniques au-dessus de 1500 mg ne sont pas recommandées. Si la dose totale dépasse 20 mg de fer/kg, elle doit être divisée en 2 perfusions, à un intervalle d'au moins 1 semaine. Dans la mesure du possible, on recommande d'administrer 20 mg de fer/kg comme première dose.		<input type="checkbox"/> 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 .	
Emploi non conforme : <input type="checkbox"/> 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 (cochez une) : <input type="checkbox"/> Dose unique (si la dose totale dépasse 20 mg de fer/kg, elle doit être divisée en 2 perfusions, à un intervalle d'au moins 1 semaine) <input type="checkbox"/> Répéter le schéma posologique Administrez (N ^{bre}) _____ perfusion(s) selon une fréquence : <input type="checkbox"/> hebdomadaire <input type="checkbox"/> toutes les 2 semaines <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> 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			
<input type="checkbox"/> Aucune n'est requise <input type="checkbox"/> Autre :			

Ordonnance médicale de fer (Monoferric, Ferinject et Venofer)

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	<input type="checkbox"/> 500 mg	<input type="checkbox"/> 1500 mg	<input type="checkbox"/> 2000 mg
100 à <140	<input type="checkbox"/> 500 mg	<input type="checkbox"/> 1000 mg	<input type="checkbox"/> 1500 mg
≥ 140	<input type="checkbox"/> 500 mg	<input type="checkbox"/> 500 mg	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 300	<input type="checkbox"/> 600	<input type="checkbox"/> 900	<input type="checkbox"/> 1200	<input type="checkbox"/> 1350	<input type="checkbox"/> 1500
90	<input type="checkbox"/> 250	<input type="checkbox"/> 500	<input type="checkbox"/> 750	<input type="checkbox"/> 1100	<input type="checkbox"/> 1200	<input type="checkbox"/> 1350
110	<input type="checkbox"/> 200	<input type="checkbox"/> 400	<input type="checkbox"/> 600	<input type="checkbox"/> 900	<input type="checkbox"/> 1000	<input type="checkbox"/> 1100
130	<input type="checkbox"/> 150	<input type="checkbox"/> 300	<input type="checkbox"/> 450	<input type="checkbox"/> 700	<input type="checkbox"/> 750	<input type="checkbox"/> 800
≥150	<input type="checkbox"/> 150	<input type="checkbox"/> 300	<input type="checkbox"/> 450	<input type="checkbox"/> 500	<input type="checkbox"/> 500	<input type="checkbox"/> 500

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 (adultes)/750 mg (enfants). **Dose cumulée maximale par semaine :** 1000 mg (adultes) et 750 mg (enfants).

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 (adultes) ou 750 mg (enfants), 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).

Veillez 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. **Veillez 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) :