

# Ordonnance médicale de FERINJECT

Envoyez le formulaire rempli aux cliniques Coverdale :

Télec. : 1-888-236-3502 ou par courriel : [enrollment@coverdaleclinic.com](mailto: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 (de la) patient(e) :		DN (jj/mm/aaaa) :	N° de téléphone :
N° de carte santé :		Patient(e) bénéficie d'une couverture d'assurance privée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Informations cliniques			
Diagnostic :	Poids (kg) :	Date de la prise du poids :	Hémoglobine : _____ (g/L)
Allergies : <input type="checkbox"/> S.O. <input type="checkbox"/> Oui :			
Antécédents médicaux pertinents : <input type="checkbox"/> Réaction précédente à la perfusion de fer <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Autre :			

Renseignements sur le prescripteur ou la prescriptrice			
Nom du (de la) prescripteur(-trice) :	N° de permis :	Téléphone :	Télécopieur :
Adresse :		Courriel :	

FERINJECT : ADULTE (≥18 ans) INFORMATIONS SUR L'ORDONNANCE	
Prémédications : <input type="checkbox"/> Aucune requise <input type="checkbox"/> Autre :	
Voie d'administration : <input type="checkbox"/> Perfusion I.V. (diluée dans une solution stérile de NaCl 0,9 %) <input type="checkbox"/> Injection I.V. (non diluée)	
Dose prescrite : _____ mg	<b>Fréquence (choisissez une option) :</b> <input type="checkbox"/> Dose unique (ne pas dépasser 1000 mg OU 15 mg/kg) <input type="checkbox"/> Dose séparée — 2 doses ≥7 jours d'intervalle (si la dose totale dépasse 15 mg/kg ou 1000 mg) <input type="checkbox"/> Répétez le traitement : <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Toutes les 2 semaines <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre :
Dose maximale par semaine : 1000 mg Dose maximale totale : 2000 mg	
<b>Est-ce que la patiente est enceinte?</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui — Si oui, je confirme que la patiente est à plus de 16 semaines de grossesse et les risques décrits dans la monographie de produit ont été discutés avec elle.	

FERINJECT : ENFANT (1 à 17 ans) — INFORMATIONS SUR L'ORDONNANCE	
Prémédications : <input type="checkbox"/> Aucune requise <input type="checkbox"/> Autre :	
Voie d'administration : <input type="checkbox"/> Perfusion I.V. (diluée dans une solution stérile de NaCl 0,9 %) <input type="checkbox"/> Injection I.V. (non diluée)	
Dose prescrite : _____ mg	<b>Fréquence (choisissez une option) :</b> <input type="checkbox"/> Dose unique (ne pas dépasser 750 mg OU 15 mg/kg) <input type="checkbox"/> Dose séparée — 2 doses ≥7 jours d'intervalle (si la dose totale dépasse 15 mg/kg ou 750 mg) <input type="checkbox"/> Répétez le traitement : <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Toutes les 2 semaines <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre :
Dose maximale par semaine : 750 mg Dose maximale totale : 1500 mg	
<b>Administration :</b> administrez pendant 2 heures, en ajustant le débit selon la tolérance. Surveillance après perfusion : 30 minutes. <b>Utilisation pédiatrique :</b> FERINJECT est autorisé par Santé Canada pour les enfants âgés de 1 an et plus. Utilisez une posologie fondée sur le poids conformément à la monographie de produit.	

J'autorise le <b>centre de ressources Coverdale</b> à agir en tant que de mandataire désigné afin de transmettre cette ordonnance à la pharmacie choisie par le (la) patient(e) ci-dessus. La présente ordonnance constitue l'ordonnance médicale originale et est réservée à l'usage exclusif de la pharmacie choisie par le (la) patient(e). <b>Remarque :</b> Le (La) prescripteur(-trice) est responsable du suivi et des décisions thérapeutiques et doit informer Coverdale de tout changement, y compris l'arrêt du traitement.	
Signature du (de la) prescripteur(-trice) :	Date (jj-mmm-aaaa) :

## FERINJECT — Recommandations posologiques à l'intention des médecins

La posologie de FERINJECT doit être individualisée en fonction des besoins totaux en fer, et l'administration doit tenir compte des limites maximales par perfusion et faire l'objet d'un suivi adéquat.

### Posologie — Adulte

#### Détermination des besoins totaux en fer

Hb (g/L)	<35 kg	35 kg à <70 kg	≥ 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

- Facultatif (pour calculer la carence en fer) :
  - **Formule de Ganzoni** :  $\rightarrow \text{Fer total (mg)} = \text{Poids (kg)} \times (\text{Hb cible} - \text{Hb réel}) \times 0,24 + 500$
- **Il s'agit de la dose cumulative totale, et non la dose par perfusion**
- **Vérifier les taux d'Hb, de ferritine et de saturation de la transferrine (TSAT) avant le traitement.**
- Une deuxième dose peut être nécessaire en fonction de la carence totale en fer.
- Si la dose cumulative totale  $\leq 1000$  mg : administrez en une seule perfusion
- Si la dose cumulative totale  $> 1000$  mg : divisez les doses à  $\geq 7$  jours d'intervalle — administrez d'abord la plus élevée (aussi proche que possible de 15 mg/kg, sans dépasser 1000 mg)

#### Considérations liées à la grossesse

- Utilisez seulement s'il est clairement indiqué et si les avantages l'emportent sur les risques
- Limitez l'utilisation à partir de la 16<sup>e</sup> semaine de grossesse

### Posologie — Enfant

FERINJECT est autorisé par Santé Canada pour les enfants âgés de 1 an et plus. Utilisez une posologie fondée sur le poids conformément à la monographie de produit ci-dessous.

Hb (g/L)	10 kg	20 kg	30 kg	40 kg	50 kg	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

- Dose : 15 mg/kg par administration
- Dose unique maximale : 750 mg
- Fréquence d'administration : une fois par semaine ( $\geq 7$  jours d'intervalle entre les doses)
- Prescrivez le traitement en fonction de la valeur calculée des besoins totaux en fer, et non uniquement en fonction de la dose unique maximale.
- Si la valeur calculée des besoins totaux en fer dépasse la dose unique maximale (15 mg/kg ou 750 mg), administrez des doses supplémentaires à un intervalle d'au moins 7 jours jusqu'à ce que le besoin total soit atteint.

### Réévaluation

- Réévaluez  $\geq 4$  semaines après la dernière perfusion.
- Vérifier de nouveau les taux d'Hb, de ferritine et de TSAT
- Si la carence en fer persiste : recalculez le fer total et prescrivez des doses supplémentaires
- La ferritine et la saturation de la transferrine (TSAT) confirment la carence et guident la répétition du traitement; des doses supplémentaires peuvent être nécessaires pour la reconstitution complète.

