

Ordonnance médicale de MONOFERRIC

Envoyez le formulaire rempli aux cliniques Coverdale :

Télec. : 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 (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 :	

MONOFERRIC : 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 en bolus I.V.	
Dose prescrite : _____ mg	Fréquence (choisissez une option) : <input type="checkbox"/> Dose unique (<i>ne pas dépasser 1500 mg OU 20 mg/kg</i>) <input type="checkbox"/> Dose séparée - 2 doses ≥7 jours d'intervalle (<i>si la dose totale dépasse 20 mg/kg ou 1500 mg</i>) <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 :
Est-ce que la patiente est enceinte? <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	

MONOFERRIC : ENFANT (2 à 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 en bolus I.V.	
Dose prescrite : _____ mg	Fréquence (choisissez une option) : <input type="checkbox"/> Dose unique (<i>ne pas dépasser 1500 mg OU 20 mg/kg</i>) <input type="checkbox"/> Dose séparée — 2 doses ≥7 jours d'intervalle (<i>si la dose totale dépasse 20 mg/kg ou 1500 mg</i>) <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 max. recommandée : 1000 mg; ne pas dépasser : 1500 mg.	
Administration : administrez pendant 2 heures, en ajustant le débit selon la tolérance. Surveillance après perfusion : 30 minutes. Utilisation pédiatrique : selon la monographie du produit, Monoferric n'est pas autorisé pour l'utilisation chez les enfants. En signant ci-dessous, le (la) prescripteur(-trice) confirme que les risques et les bienfaits ont été discutés avec le (la) patient(e) et le consentement éclairé a été obtenu.	

<i>J'autorise le centre de ressources Coverdale 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).</i>	
<i>Remarque : 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.</i>	
Signature du (de la) prescripteur(-trice) :	Date (jj-mmm-aaaa) :

MONOFERRIC — Recommandations posologiques à l'intention des médecins

La posologie de MONOFERRIC 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/dL)	<50 kg	50 kg à <70 kg	≥ 70 kg
≥ 10	500 mg	1000 mg	1500 mg
<10	500 mg	1500 mg	2000 mg

Monographie de produit MONOFERRIC® (dérisomaltose ferrique pour injection). Pfizer Canada ULC. Date de révision : 29 janvier 2025.

- Il s'agit de la dose cumulative totale, et non de 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

Calcul de la dose à perfuser

Calcul de la dose en fonction du poids : Poids (kg) × 20 = _____ mg

- Si la dose cumulative totale ≤ 1500 mg : administrez en une seule perfusion
- Si la dose cumulative totale > 1500 mg : divisez les doses à ≥ 7 jours d'intervalle — administrez d'abord la plus élevée (aussi proche que possible de 20 mg/kg, sans dépasser 1500 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^e semaine de grossesse
- Envisagez une dose unique maximale plus *faible* (≤ 1000 mg)

Posologie — Enfant

MONOFERRIC n'est pas autorisé par Santé Canada pour une utilisation chez les enfants. La posologie ci-dessous n'est offerte qu'à titre de référence et doit être prescrite selon le jugement clinique et l'évaluation du patient ou de la patiente.

- <50 kg : 20 mg/kg en une seule perfusion
- 50 kg à <70 kg : 1000 mg en une seule perfusion; la dose peut être augmentée à 1500 mg si le taux d'Hb est < à 100 g/L
- ≥ 70 kg : 1000 à 1500 mg en une seule perfusion
- Dose maximale recommandée : 1000 mg
- Ne PAS dépasser : 1500 mg

Réévaluation

- Réévaluez ≥ 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.