

# Ordonnance médicale de VENOFER

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 :
Adresse :		Télécopieur :	
		Courriel :	

VENOFER : ADULTE (≥18 ans) INFORMATIONS SUR L'ORDONNANCE	
Prémédications : <input type="checkbox"/> Aucune requise <input type="checkbox"/> Autre :	
Voie d'administration : <input type="checkbox"/> Perfusion intraveineuse <input type="checkbox"/> Injection intraveineuse lente (I.V. directe)	
<b>Traitement complet :</b> <input type="checkbox"/> Dose totale de 1000 mg (traitement standard) <input type="checkbox"/> Autre dose totale : _____ mg  <b>Dose par administration (choisissez une option) :</b> <input type="checkbox"/> 100 mg <input type="checkbox"/> 300 mg (maximum par dose) <input type="checkbox"/> 200 mg (typique) <input type="checkbox"/> Autre : _____ mg	<b>Fréquence (choisissez une option) :</b> <input type="checkbox"/> Une fois par semaine <input type="checkbox"/> 1 à 3 fois par semaine (≥24 heures entre les doses) <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.	

VENOFER : ENFANT < 12 ans — INFORMATION SUR L'ORDONNANCE	
Prémédications : <input type="checkbox"/> Aucune requise <input type="checkbox"/> Autre :	
Voie d'administration : <input type="checkbox"/> Perfusion intraveineuse <input type="checkbox"/> Injection intraveineuse lente	
<b>Le traitement total est fondé sur la valeur calculée de la carence en fer</b> <b>Dose par administration (choisissez une option) :</b> <input type="checkbox"/> 2 mg/kg jusqu'à 300 mg (dose standard) <input type="checkbox"/> _____ mg/kg (0,5 à 7 mg/kg jusqu'à 300 mg par dose) <input type="checkbox"/> Autre : _____ mg	<b>Fréquence (choisissez une option) :</b> <input type="checkbox"/> Une fois par semaine <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 :
<b>Administration :</b> Administrez par perfusion pendant 2 à 4 heures, en ajustant le débit selon la tolérance. Surveillance après perfusion : 30 minutes. <b>Utilisation pédiatrique :</b> Selon la monographie du produit, Venofer 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 <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.</i>	
Signature du (de la) prescripteur(-trice) :	Date (jj-mmm-aaaa) :

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

La posologie de VENOFER 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

Ne PAS administrer la dose totale en une seule perfusion — VENOFER doit être administré en doses séparées

#### Détermination des besoins totaux en fer:

- Besoins totaux en fer en fonction de l'évaluation clinique de la carence en fer
- Traitement typique pour adulte : **dose totale de 1000 mg**
- Facultatif (pour calculer la carence en fer) :  
**Formule de Ganzoni** :  $\rightarrow \text{Fer total (mg)} = \text{Poids (kg)} \times (\text{Hb cible} - \text{Hb réel}) \times 0,24 + 500$

### Calcul de la dose à perfuser

- Si la dose cumulative totale  $\leq 1000$  mg : administrez **200 mg en plusieurs doses**
- Si la dose cumulative totale  $>1000$  mg : administrez les **doses de 200 mg 1 à 3 fois par semaine ( $\geq 24$  heures d'intervalle)** jusqu'à ce que le besoin total soit atteint

### 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
- Aucun ajustement posologique n'est nécessaire — suivez le schéma posologique standard (doses séparées)

### Posologie — Enfant<sup>1</sup>

VENOFER 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.

- La dose totale est fondée sur la valeur calculée de la carence en fer (évaluation clinique)
- Il n'y a pas de dose totale standard
- Dose par administration : calculée en fonction du poids (0,5 à 7 mg/kg) conformément aux recommandations de référence; la posologie habituelle est de **2 mg/kg**, avec un **maximum de 300 mg** par dose
- Administrez en doses séparées une fois par semaine jusqu'à ce que la reconstitution en fer soit atteinte
- Poursuivez le traitement jusqu'à ce que la reconstitution en fer soit atteinte, en fonction des taux d'hémoglobine (Hb), de ferritine et de saturation de la transferrine (TSAT)

### 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.