

Établissement : _____

Date de rédaction : _____

Poids : _____ Taille : _____ Allergies : _____ Hémoglobine (Hb) : _____

Ferritine : _____ Saturation de la transferrine (TSAT) : _____

Cette ordonnance représente l'originale et ne sera pas réutilisée.

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro d'assurance maladie :

INDICATION

Personne de 18 ans ou plus qui présente une **carence martiale, qu'elle soit absolue ou relative**, associée ou non à de l'anémie, et définie par au moins l'une des conditions suivantes (*cocher une indication*) :

- ☐ Ferritine < 30 mcg/L
- ☐ Ferritine < 100 mcg/L
(contexte inflammatoire subaigu ou chronique ou en périopératoire)
- ☐ Ferritine < 500 mcg/L et TSAT < 30 %
(insuffisance rénale chronique de stades 3, 4, 5, 5D [y compris dialyse])
- ☐ Ferritine < 100 mcg/L OU ferritine entre 100 et 300 mcg/L et TSAT < 20 % (insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection réduite [$\leq 40\%$] et de classe de la New York Heart Association [NYHA] $\geq$ à II) Le fer IV peut être utilisé d'emblée dans cette situation.

ET qui pourrait bénéficier de l'utilisation de fer IV en raison d'une des conditions suivantes (*cocher au moins une indication*) :

- ☐ Inefficacité ou intolérance aux préparations de fer à prendre par voie orale
- ☐ Symptômes sévères d'anémie
- ☐ Absorption inadéquate anticipée du fer pris par voie orale
- ☐ Pertes sanguines en continu
- ☐ Nutrition parentérale avec durée anticipée > 2 semaines
- ☐ Hémodialyse chronique
- ☐ Anémie sévère pendant la grossesse
- ☐ Certains cancers avancés
- ☐ Lorsqu'une augmentation Hb ou une réplétion en fer pour maintenir l'Hb est requise dans l'une des situations suivantes, en particulier si une transfusion sanguine ne peut être considérée ou pourrait être problématique (*cocher la situation correspondante*) :
 - ☐ En prévision d'une chirurgie (élective ou urgente) à risque d'hémorragie élevé
 - ☐ Hb < 100 g/L pour une anémie ferriprive nouvellement diagnostiquée après 34 semaines de grossesse
 - ☐ En prévision d'une césarienne élective à risque d'hémorragie élevé (placenta prævia, troubles du spectre du placenta accreta, myomes utérins de taille importante)
 - ☐ En cas de grossesse, en présence d'un risque d'hémorragie de modéré à élevé

☐ La personne ne présente aucune contre-indication médicamenteuse à l'utilisation de la préparation de fer parentéral prescrite (se référer au besoin à la monographie du produit ou au tableau de la section 3.2 du protocole n° 888030 de l'INESSS)

INITIATION DU TRAITEMENT

Les préparations de fer sont présentées en ordre alphabétique de dénomination commune.

☐ Complexe de gluconate ferrique (12,5 mg/mL) ☐ 62,5 mg ou ☐ 125 mg dans 100 mL de NaCl 0,9 % IV en 1 heure* <i>*Si débit plus lent désiré, préciser la durée d'administration : _____</i>	Répéter cette dose tous les _____ pour un total de _____ doses (<i>minimum 48 h entre les doses; dose totale habituelle : 1000 mg</i>)
☐ Dérisomaltose ferrique (100 mg/mL) (max. : 20 mg/kg par dose donnée) (<i>chez les personnes hémodialysées, donner dans 100 mL de NaCl 0,9 %</i>) ☐ 500 mg ou ☐ 1000 mg ou ☐ 1500 mg dans ☐ 100 mL ou ☐ 250 mL de NaCl 0,9 % IV en 1 heure* <i>*Si débit plus lent désiré, préciser la durée d'administration : _____</i>	Si la dose totale n'a pas pu être administrée en une fois, compléter avec une dose de ☐ 500 mg ☐ 1000 mg après un minimum de 7 jours <i>Dose totale habituelle : 1000 à 2000 mg</i>
☐ Fer-saccharose (20 mg/mL) ☐ 100 mg dans 100 mL de NaCl 0,9 % IV en 30 min* (<i>en 1 heure chez hémodialysés</i>) ☐ 200 mg dans 100 mL de NaCl 0,9 % IV en 1 heure* ☐ 300 mg dans 250 mL de NaCl 0,9 % IV en 1,5 heure* <i>*Si débit plus lent désiré, préciser la durée d'administration : _____</i>	Répéter cette dose tous les _____ pour un total de _____ doses <i>(minimum 48 h entre les doses; dose totale habituelle : 1000 mg)</i>
☐ Cesser le fer oral ou ☐ reprendre le fer oral _____ semaines après la fin du traitement de fer IV ou ☐ Poursuivre en concomitance Si anaphylaxie : épinéphrine 1 : 1000 (1 mg/mL) 0,5 mg IM, à répéter q5-15 min. prn (Pour les interventions à faire en situation d'urgence, se référer au protocole n° 888030 de l'INESSS et au Protocole d'immunisation du Québec)	

PROTOCOLE MÉDICAL NATIONAL

Pour des directives plus complètes, se référer au protocole n° 888030 de l'INESSS publié sur son site Web au moment de l'application de cette ordonnance.

SUIVI

Prévoir un suivi des analyses de laboratoire (FSC, ferritine, TSAT) de 4 à 6 semaines après la complétion du traitement.

Prévoir les modalités de communication pour assurer le suivi et la continuité des soins.

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR QUI A RÉDIGÉ CETTE ORDONNANCE

Nom, prénom :

Numéro de permis d'exercice :

Nom de l'établissement ou du milieu clinique :

Numéro de téléphone :

Adresse de correspondance :

Signature :