

**\*Remarque :** Donner une copie de l'ordonnance au patient s'il utilise sa propre pharmacie.

## RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom : (Prénom, Nom de famille) \_\_\_\_\_ Date de naissance : (jj-mmm-aaaa) \_\_\_\_\_  
 Sexe : Femme Homme Autre \_\_\_\_\_ Langue : FR EN Autre \_\_\_\_\_  
 Courriel du patient : \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
 Téléphone principal : \_\_\_\_\_ Laisser un message? O N  
 Meilleur moment pour appeler : Matin Après-midi Soir Allergies du patient : \_\_\_\_\_  
 Nom du contact d'urgence : \_\_\_\_\_ Téléphone du contact d'urgence : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR L'ORDONNANCE

### Analyses sanguines initiales et traitement antérieur

Date du prélèvement sanguin : (jj-mmm-aaaa) \_\_\_\_\_ Hémoglobine : \_\_\_\_\_g/L Ferritine : \_\_\_\_\_ng/mL  
 Indication : \_\_\_\_\_  
 Antécédents médicaux pertinents/Notes : \_\_\_\_\_

### Médicament

Carboxymaltose ferrique (Ferinject)	_____mg IV sur une période d'au moins 15 minutes.	La concentration finale ne doit pas être inférieure à 2 mg/mL. La dose unique ne doit pas dépasser 15 mg/kg ou 1 000 mg chez l'adulte, ni 15 mg/kg ou 750 mg chez l'enfant. Si plusieurs perfusions sont nécessaires pour administrer la dose prescrite, un intervalle minimal de 7 jours doit être respecté.
Fer-saccharose (Venofer)	100 mg IV dans 100 mL de solution de chlorure de sodium à 0,9% sur une période d'au moins 15 minutes 200 mg IV dans 100 mL de solution de chlorure de sodium à 0,9% sur une période d'au moins 15 minutes 300 mg IV dans 250 mL de solution de chlorure de sodium à 0,9% sur une période d'au moins 1,5 heure	400 mg IV dans 250 mL de solution de chlorure de sodium à 0,9% sur une période d'au moins 2,5 heures 500 mg IV dans 250 mL de solution de chlorure de sodium à 0,9% sur une période d'au moins 3,5 heures
Dérisomaltose ferrique (Monoferric)	_____mg IV. Doses < 1000 mg IV - administrer sur une période d'au moins 20 minutes; Doses > 1000 mg IV - administrer sur une période d'au moins 30 minutes.	Si les besoins cumulatifs en fer excèdent 20 mg de fer/kg de poids corporel, il faut administrer Monoferric en deux doses, avec un intervalle minimum de 7 jours. L'administration de doses uniques dépassant 1500 mg est déconseillée. Si plusieurs perfusions sont nécessaires pour administrer la dose prescrite, diviser la dose conformément à la monographie du produit, avec un intervalle d'une semaine entre les perfusions : Diluer les doses jusqu'à 200 mg dans 50 mL de solution de chlorure de sodium à 0,9%. Diluer les doses supérieures à 200 mg dans 100 mL de solution saline normale. La concentration finale ne doit pas être inférieure à 1 mg/mL.

### Poids du patient

Poids du patient : \_\_\_\_\_ kg Date de la pesée : (jj-mmm-aaaa) \_\_\_\_\_

### Grossesse

S/O Le prescripteur confirme que la patiente est enceinte d'au moins 16 semaines et reconnaît que PerCuro n'offre pas de surveillance fœtale.

### Fréquence du traitement

Une fois Hebdomadaire (tous les 7 jours) Aux deux semaines (tous les 14 jours) Mensuel (tous les \_\_\_ mois) **Nombre de traitements : \_\_\_\_\_**

Un nouveau prélèvement sanguin devra être effectué et examiné par le prescripteur chaque \_\_\_\_\_ jours.

Les résultats doivent être envoyés par courriel à l'adresse suivante : [PerCuroidfusion@sentrex.com](mailto:PerCuroidfusion@sentrex.com)

### Traitements pré-perfusion et PRN

#### Avant la perfusion

S/O  
 x1 Hydrocortisone : 100 mg IV 30 min avant la perfusion  
 x1 Acétaminophène : 325 à 650 mg PO 30 min avant la perfusion  
 x1 Méthylprednisolone : \_\_\_\_\_mg IV 30 min avant la perfusion

Autre : \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

### Renseignements sur le prescripteur

Nom du prescripteur : (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_ N° de permis : \_\_\_\_\_  
 Signature : \_\_\_\_\_ Date : (jj-mmm-aaaa) \_\_\_\_\_  
 Adresse de la clinique : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
 Téléphone de la clinique : \_\_\_\_\_ Télécopieur de la clinique : \_\_\_\_\_

## CONSENTEMENT DU PATIENT

En signant ci-dessous, je confirme que les renseignements fournis sur cette demande sont complets et exacts. J'autorise Sentrex Health Solutions et ses représentants à obtenir des renseignements médicaux et personnels auprès de mon médecin prescripteur, de mon pharmacien, de mon infirmière, de mon assureur, d'un organisme gouvernemental, de mon employeur ou de toute autre source jugée nécessaire pour assurer l'exactitude et le traitement de la présente demande.

Consentement verbal obtenu

Signature du patient : (ou du représentant légal du patient) \_\_\_\_\_ Date : (jj-mmm-aaaa) \_\_\_\_\_

Nom du patient en lettres moulées : (ou du représentant légal du patient) \_\_\_\_\_ Lien avec le patient : \_\_\_\_\_

Nom de la personne qui donne le consentement verbal : \_\_\_\_\_ Date : (jj-mmm-aaaa) \_\_\_\_\_

\*Veuillez noter que des frais seront appliqués à chaque perfusion.