

## Ferinject : Formulaire d'inscription et ordonnance médicale

### Renseignements sur le patient

Nom de famille*		Prénom*		Date de naissance* (jj/mm/aa)	No. de carte santé d'assurance maladie*	Sexe* <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	
Numéro de rue	Nom de rue			Ville	Province	Code postal	
Téléphone (Domicile)*		Téléphone (Travail)*		Téléphone (cellulaire)*		Courriel*	
<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Consent. pour message		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Consent. pour message		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Consent. pour message			
Diagnostic				Allergies		Patient sous Bêta Bloquants / Inhibiteurs de l'ECA? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Specify	
CVAD (Soumettre les directives du protocole.) <input type="checkbox"/> Portacath <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> S.O.				Appareil fonctionnel <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Aucun			

### Renseignements sur le médecin\*

Nom de famille du médecin*		Prénom du médecin*		Désignation*	Licence*	
Numéro de rue*	Nom de rue*			Ville*	Province*	Code postal*
Téléphone du médecin*		Télécopieur du médecin*		Courriel du médecin*		Méthode de communication préférée* <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Courriel
Nom de famille de l'infirmière		Prénom de l'infirmière		Téléphone de l'infirmière		

### Ordonnance médicale\*

#### Ferinject (ferric carboxymaltose) IV chez les adultes

**Note :** Une perfusion unique de Ferinject chez l'adulte ne doit pas dépasser 15 mg de fer/kg de poids corporel ou 1000 mg de fer. Si les besoins totaux en fer sont supérieurs à 1000 mg, la dose supplémentaire doit être administrée à un minimum de 7 jours d'intervalle par rapport à la première dose.

Poids corporel\*  
Kg

Hb (g/dL)	Poids corporel inférieur à 35 kg	Poids corporel 35 kg à moins de 70 kg	Poids corporel 70 kg et plus
<10	<input type="checkbox"/> 500mg perfusion unique	<input type="checkbox"/> 1500mg (à raison de trois perfusions hebdomadaires de 500 mg pour des poids de 35 kg à moins de 67 kg.) <input type="checkbox"/> 1500mg (en perfusion de 1000 mg et 500 mg à une semaine d'intervalle pour une masse corporelle de 67 kg à moins de 70 kg)	<input type="checkbox"/> 2000mg (en deux perfusions hebdomadaires de 1000 mg)
10 to <14	<input type="checkbox"/> 500mg perfusion unique	<input type="checkbox"/> 1000mg (à raison de deux perfusions hebdomadaires de 500 mg pour des poids de 35 kg à moins de 67 kg) <input type="checkbox"/> 1000mg en perfusion unique pour une masse corporelle de 67 kg à moins de 70 kg	<input type="checkbox"/> 1500mg (en perfusions de 1000 mg et 500 mg à une semaine d'intervalle)
≥14	<input type="checkbox"/> 500mg perfusion unique	<input type="checkbox"/> 500mg perfusion unique	<input type="checkbox"/> 500mg perfusion unique

#### Ferinject (ferric carboxymaltose) IV chez les enfants âgés de 12 à 17 ans

**Note :** La perfusion unique de Ferinject chez les enfants ne doit pas dépasser 15 mg de fer/kg de poids corporel ou 750 mg de fer. Si les besoins totaux en fer sont supérieurs à 750 mg, l'administration de la dose supplémentaire doit être espacée d'au moins 7 jours par rapport à la première dose.

Poids corporel\*  
Kg

Hb (g/dL)	30 kg	40 kg	50 kg	60 kg
7	<input type="checkbox"/> 900mg (en deux perfusions hebdomadaires de 450 mg)	<input type="checkbox"/> 1200mg (en deux perfusions hebdomadaires de 600 mg)	<input type="checkbox"/> 1350mg (en perfusions de 750 mg et 600 mg à une semaine d'intervalle)	<input type="checkbox"/> 1500mg (en deux perfusions hebdomadaires de 750 mg)
9	<input type="checkbox"/> 750mg (en perfusions de 400 mg et 350 mg à une semaine d'intervalle)	<input type="checkbox"/> 1100mg (en perfusions de 600 mg et 500 mg à une semaine d'intervalle)	<input type="checkbox"/> 1200mg (en deux perfusions hebdomadaires de 600 mg)	<input type="checkbox"/> 1350mg (en perfusions de 750 mg et 600 mg à une semaine d'intervalle)
11	<input type="checkbox"/> 600mg (en perfusions de 300 mg et 300 mg à une semaine d'intervalle)	<input type="checkbox"/> 900mg (en perfusions de 500 mg et 400 mg à une semaine d'intervalle)	<input type="checkbox"/> 1000mg (en deux perfusions hebdomadaires de 500 mg)	<input type="checkbox"/> 1100mg (en perfusions de 600 mg et 500 mg à une semaine d'intervalle)
<13	<input type="checkbox"/> 450mg perfusion unique	<input type="checkbox"/> 700mg (en perfusions de 400 mg et 300 mg à une semaine d'intervalle)	<input type="checkbox"/> 750mg perfusion unique	<input type="checkbox"/> 800mg (en deux perfusions hebdomadaires de 400 mg)
≥15	<input type="checkbox"/> 450mg perfusion unique	<input type="checkbox"/> 500mg perfusion unique	<input type="checkbox"/> 500mg perfusion unique	<input type="checkbox"/> 500mg perfusion unique

Autres instructions :

Prémédication

Médicaments PRN et PRE

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acétaminophène 325-650 mg PO PRN toutes les 4-6 heures en cas de douleur, fièvre ou frissons                   | <input type="checkbox"/> Oxygène via masque/pince nasale 2-5 L/min PRN pour SOB ou diminution de O <sub>2</sub> sat (inférieur à 90% si inférieur au niveau de base) |
| <input type="checkbox"/> Diphenhydramine 25-50 mg PO/IV PRN q 4-6 heures pour démangeaisons, urticaire, purite, urticaire               | <input type="checkbox"/> Salbutamol 2 bouffées toutes les 4-6 heures via aérochambre PRN pour dyspnée ou respiration sifflante                                       |
| <input type="checkbox"/> Dimenhhydrinate 25-50 mg PO/IV PRN q 4-6 heures pour nausées et vomissements                                   | <input type="checkbox"/> Salbutamol 2,5 mg nébuleuse pour inhalation par nébuliseur PRN pour dyspnée ou respiration sifflante x 1 dose                               |
| <input type="checkbox"/> Hydrocortisone 100 mg IV PRN x 1 pour réaction anaphylactique  | <input type="checkbox"/> Autre :   |
| <input type="checkbox"/> Epinéphrine (1:1000) 0,01 ml/kg (max 0,5 ml) SC/IM PRN q 10-15 minutes x 2 pour réaction anaphylactique sévère |  |

## Instructions spéciales

- |  |                                |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si la différence de poids du patient est supérieure à _____ %   | Veuillez communiquer avec moi. |
| <input type="checkbox"/> J'aimerais recevoir une copie des rapports post-perfusion Veuillez transmettre par télécopieur : <input type="checkbox"/> Télécopieur du médecin <input type="checkbox"/> Au numéro suivant : |                                |

## Autorisation\*

- ☐ J'ai examiné les avertissements et les précautions de ce médicament, y compris le risque de réactions associées à la perfusion et les risques de fuite paraveineuse pouvant provoquer une irritation de la peau et le potentiel de décoloration brune de longue durée au site d'injection avec le patient et/ou leur mandataire désigné.

Signature du médecin\*

Date\* (jj/mmm/aa)

## Consentement du patient\*

Le programme Accès Direct Bayshore<sup>MC</sup> (le « programme ») est offert par Rx spécialisés Bayshore Ltd. (« Bayshore »). Ce programme offre certains services de soutien aux patients pouvant inclure, le cas échéant, des services infirmiers, des services d'administration de médicaments par injection ou perfusion, des services d'aide au remboursement par les assureurs ainsi que des services pharmaceutiques (« services »). Bayshore se réserve le droit de modifier ou de mettre fin à ce programme en tout temps sans préavis.

Bayshore s'engage à protéger la vie privée du patient et les renseignements personnels sur la santé de celui-ci, incluant sans s'y limiter ses renseignements personnels (nom, adresse, coordonnées, date de naissance, renseignements financiers) et les renseignements sur sa santé (antécédents médicaux, problèmes médicaux et assurance maladie) (collectivement, les « renseignements personnels sur la santé ») conformément à toutes les lois applicables.

Mon fournisseur de soins de santé m'a prescrit le ou les médicaments ci-dessus (« produit(s) ») et m'a orienté vers le programme. J'ai discuté des bienfaits et des risques du ou des produits avec lui ou elle. Je ne compte pas sur le programme pour obtenir des conseils médicaux ou un diagnostic, et j'ai décidé de commencer le traitement par ce ou ces produits. J'aimerais m'inscrire dans le programme afin de recevoir les services se rapportant à ce ou ces produits. En apposant ma signature ci-dessous, je reconnais, comprends et accepte ce qui suit :

- ☐ Le programme recueillera, utilisera, divulguera et/ou conservera (collectivement « utilisera ») les renseignements personnels sur ma santé dans le but de fournir les services prévus, de surveiller le programme, de signaler les événements indésirables ou comme il peut être exigé par les lois en vigueur. Les renseignements personnels sur ma santé peuvent être recueillis auprès de mes médecins, infirmières, pharmaciens, assureurs ou d'autres personnes, s'il y a lieu, ou être divulgués à ces derniers, dans le but de fournir les services prévus.
- ☐ Le programme peut communiquer avec moi par téléphone ou par courriel en utilisant les coordonnées que j'ai fournies ci-dessus, et je devrai assumer les frais de télécommunication qui en résultent.
- ☐ Mon médecin peut transmettre le présent formulaire d'Accès Direct Bayshore, rempli et signé, au programme.
- ☐ Mon assureur peut divulguer les renseignements relatifs à ma protection d'assurance au programme et je consens à ce que le programme utilise ces renseignements pour vérifier ma couverture et obtenir, le cas échéant, un remboursement pour le ou les produits.
- ☐ Le programme sera mon agent désigné pour m'aider à choisir la pharmacie qui fournira le produit ou pour transmettre l'ordonnance à la pharmacie choisie par télécopieur ou par tout autre moyen de communication. La présente ordonnance est l'ordonnance originale, et la pharmacie qui la reçoit est l'unique récipiendaire prévu, il n'y en a pas d'autres. L'ordonnance originale sera annulée et classée de manière sécuritaire une fois qu'elle aura été transmise, et elle ne sera pas retransmise par le programme à aucun autre moment.
- ☐ Je participe à ce programme de façon volontaire, et je peux retirer le présent consentement en tout temps par téléphone au 1 877 261-4940 ou par écrit à Soins de santé Bayshore Ltd., Programme Accès Direct Bayshore, au 2101 Hadwen Road, Mississauga (Ontario) L5K 2L3. Je comprends par ailleurs que je ne pourrai plus participer au programme ni utiliser les services du programme dès que je retire mon consentement; le programme cessera également dès lors d'utiliser les renseignements personnels sur ma santé. J'ai le droit de consulter les renseignements personnels sur ma santé ou de les faire corriger en communiquant avec le programme par téléphone au 1 877 261-4940 ou par écrit à Soins de santé Bayshore ltée, Programme Accès Direct Bayshore, au 2101 Hadwen Road, Mississauga (Ontario) L5K 2L3.

Signature du patient/représentant légal\*

Nom du patient/représentant légal (caractères d'imprimerie)\*

Date\* (jj/mmm/aa)

Consentement verbal obtenu\*

Date\* (jj/mmm/aa)

☐ Oui