

Installation : _____

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ
NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM
Nom, Prénom de la mère : _____

UTILISATION DU CYCLOSILICATE DE ZIRCONIUM SODIQUE (LOKELMA^{MC})

Poids : _____ kg Taille : _____ cm
Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

Médicament commercialisé, mais non inscrit à la liste des médicaments couverts par le régime public d'assurance médicaments du Québec (RAMQ)

INDICATION

- ☐ Poursuite d'un traitement chronique déjà en cours à l'externe (selon DSQ ou BCM)
- ☐ Traitement de l'hyperkaliémie aiguë avec K⁺ supérieur ou égal à 5,8 mmol/L ou changement à l'ECG, en combinaison avec le traitement conventionnel de l'hyperkaliémie aiguë et lorsqu'une résine de chélation est indiquée.

Cocher les critères qui s'appliquent :

- ☐ Résines à base de polystyrène inefficaces ou usager allergique ou intolérant
- ☐ Diurétique contre-indiqué ou inefficace
- ☐ Expansion de volume inefficace ou contre-indiquée
- ☐ Dialyse urgente peut être évitée ou retardée

Posologie suggérée pour cette indication : 10 g PO TID x 48 heures, à cesser avant si kaliémie inférieure à 5,5 mmol/L
Ne pas utiliser si occlusion ou trouble de motilité intestinale.

- ☐ Amorce durant l'hospitalisation en contexte d'hyperkaliémie chronique

Cocher la situation qui s'applique :

- ☐ Traitement qui sera cessé avant le congé de l'hôpital
- ☐ Demande de patient d'exception faite auprès de l'assureur ☐ RAMQ ☐ Assureur privé

par : _____, le AAAA-MM-JJ

AU CONGÉ : Le traitement ne sera pas fourni par le centre hospitalier. L'utilisateur est avisé qu'il devra assumer les frais de la médication en attendant l'autorisation, qui pourrait être refusée. Selon l'évaluation du médecin, un traitement alternatif devra être envisagé en attente de l'approbation de l'assureur.

MÉDICAMENT

_____ Cyclosilicate de zirconium sodique PO _____ (spécifier la posologie)

Initiales

Pour l'hyperkaliémie aiguë, la durée de traitement sera limitée à 48 heures, sauf avis contraire.

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du prescripteur

_____ # permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)