

Installation : _____

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

BISPHOSPHONATE INTRAVEINEUX OU DENOSUMAB POUR LA CLIENTÈLE AMBULATOIRE EN ONCOLOGIE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

PRÉREQUIS ET LABORATOIRES RECOMMANDÉS :

Avant la 1^{ère} dose d'un bisphosphonate intraveineux puis aux _____ mois, électrolytes et calcium ionisé.

Avant la 1^{ère} dose de denosumab : créatinine, électrolytes et calcium ionisé.

Calcium ionisé 2 semaines post 1^{ère} dose puis aux _____ mois. Autre(s) : _____

SUIVI EFFECTUER PAR LE PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE ET L'INFIRMIÈRE

Bisphosphonate : si la créatinine sérique a augmenté de plus de 30% par rapport à la valeur de base ou si ClCr nouvellement inférieure à 60 mL/min, suspendre la dose et contacter le médecin.

Bisphosphonate et denosumab : si calcémie inférieure à 1,05 mmol/L, suspendre la dose et contacter le médecin.

Vérifier auprès du patient si lésions bucco-dentaire (car nécessitera un avis du dentiste avant le début du traitement pour s'assurer qu'il n'y a pas ostéonécrose de la mâchoire).

À administrer aux 4 semaines (ou aux _____ mois) :

Initiales

PAMIDRONATE (recommandé si ClCr égale ou supérieure à 30 mL/min; si inférieure à 30 mL/min, administrer si bénéfices supérieurs aux risques)

À administrer IV dans 250 mL de NaCl 0,9% ou selon protocole en place

Qté = Quantité Ren = Renouvellement

30 mg intraveineux en 2 h (ou en _____ h*)

Qté : 1 dose

Ren : _____

Initiales

60 mg intraveineux en 2 h (ou en _____ h*)

Qté : 1 dose

Ren : _____

Initiales

90 mg intraveineux en 2 h (ou en _____ h*)

Qté : 1 dose

Ren : _____

Initiales

* Si ClCr inférieure à 60 mL/min ou si hypercalcémie, administrer le pamidronate en 4 h

ACIDE ZOLEDRONIQUE

Code RAMQ ☐ **MS379** (hypercalcémie d'origine tumorale)

☐ **MS380** (métastase(s) osseuse(s) ou myélome multiple avec lésions osseuses)

À administrer IV dans 100 mL de NaCl 0,9%

3 mg intraveineux en 15 min (si ClCr entre 30 et 39 mL/min)

Qté : 1 dose

Ren : _____

Initiales

3,3 mg intraveineux en 15 min (si ClCr entre 40 et 49 mL/min)

Qté : 1 dose

Ren : _____

Initiales

3,5 mg intraveineux en 15 min (si ClCr entre 50 et 60 mL/min)

Qté : 1 dose

Ren : _____

Initiales

4 mg intraveineux en 15 min (si ClCr supérieure à 60 mL/min)

Qté : 1 dose

Ren : _____

Initiales

DENOSUMAB (Xgeva) (aucun ajustement requis en IR, mais risque augmenté d'hypocalcémie si ClCr inférieure à 30 mL/min)

Demande RAMQ complétée si applicable ☐

120 mg sous-cutané au haut du bras, à la cuisse ou à l'abdomen

Qté : 1 dose

Ren : _____

Initiales

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du prescripteur

_____ # permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

**BISPHOSPHONATE INTRAVEINEUX OU
DENOSUMAB POUR LA CLIENTÈLE AMBULATOIRE
EN ONCOLOGIE
(SUITE)**

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

SOINS DE SOUTIEN (si patient ne présente pas d'hypercalcémie)

Qté = Quantité Ren = Renouvellement

_____ Calcium 500 mg PO BID (ou _____) avec nourriture

Qté : _____ Ren : _____

Initiales

_____ Vitamine D 1000 unités PO DIE (ou _____)

Qté : _____ Ren : _____

Initiales

_____ Vitamine D 10 000 unités PO une fois par semaine

Qté : 4 comprimés Ren : _____

Initiales

Autre : _____

Qté : _____ Ren : _____

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du prescripteur

permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)