



R E G 0 6 6 3

**ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE - TRAITEMENT AMBULATOIRE  
PAMIDRONATE (AREDIA<sup>MD</sup>) ET ACIDE ZOLÉDRONIQUE (ZOMETA<sup>MD</sup>)**

Ceci est une ordonnance **ORIGINALE** et ne peut être réutilisée. Le pharmacien identifié est le seul destinataire.

Nom de la pharmacie : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

POIDS : \_\_\_\_\_ Kg TAILLE : \_\_\_\_\_ cm Allergies : \_\_\_\_\_ Particularités : \_\_\_\_\_

**TRAITEMENT AMBULATOIRE BIPHOSPHONATES IV**

**DIAGNOSTIC :**  Métastases osseuses  Myélome multiple  Hypercalcémie d'origine tumorale (TIH)  
 Autre : \_\_\_\_\_

**ORDONNANCES MÉDICALES**

**INIT.** **Acide zolédronique (Zometa<sup>MD</sup>)** \_\_\_\_\_ mg (voir verso) dans 100 mL de NaCl 0,9% IV en 15 min q 4 sem ou q \_\_\_\_\_ sem  
Durée validité de l'ordonnance : \_\_\_\_\_ mois

Code médicament d'exception à la Régie Assurance Maladie du Québec (RAMQ) :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> MS379 (hypercalcémie origine tumorale)  | <input type="checkbox"/> MS154 (maladie Paget)  |
| <input type="checkbox"/> MS380 (prévention événements osseux chez personnes présentant tumeur solide avec métastase osseuse ou myélome multiple avec lésions osseuses) | <input type="checkbox"/> MS153 (ostéoporose postménopausique chez les femmes ne pouvant pas recevoir de biphosphonate oral) |

**INIT.** **Pamidronate (Aredia<sup>MD</sup>)** 90 mg dans 250 à 500 mL de soluté compatible IV q 4 sem ou q \_\_\_\_\_ sem  
Durée validité de l'ordonnance : \_\_\_\_\_ mois (voir verso pour durée d'administration)

Créatinine initiale : \_\_\_\_\_ µmol/L Clairance créatinine (calculée) : \_\_\_\_\_ mL/min Date : \_\_\_\_\_

**EXAMENS DE LABORATOIRE ET SUIVI**

- Calcium, phosphore, magnésium, albumine et vitamine D 25 OH (avant le premier traitement)
- Calcium, phosphore et albumine 2 semaines post 1<sup>er</sup> traitement puis aux 3 mois
- Créatinine sérique dans les 4 semaines précédant le traitement (pour conduite selon fonction rénale)

Ajustement selon la fonction rénale : **Voir verso pour conduite selon la fonction rénale**

Ajustement selon la calcémie et phosphorémie : **Suspendre le traitement et aviser le médecin prescripteur** si le calcium total corrigé avec l'albumine est inférieur ou égal à 2,15 mmol/L et/ou si le phosphore est inférieur à 0,64 mmol/L

Calcium corrigé = Calcium total mesuré (mmol/L) + (0,02 X [40 - Albumine (g/L)])

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Suivi par le pharmacien communautaire | } s'assurer que le patient n'a pas de nouveau problème dentaire avant d'autoriser le service du médicament. |
| <input type="checkbox"/> Suivi par le prescripteur             |   |

**AUTRES MÉDICAMENTS**

**INIT.** Calcium 500 mg PO  DIE  BID Qté : \_\_\_\_\_ co Ren : \_\_\_\_\_

**INIT.** Vitamine D 10 000 unités ou \_\_\_\_\_ 1 fois par semaine Qté : \_\_\_\_\_ co Ren : \_\_\_\_\_

**\*\* L'examen dentaire est suggéré et permet de détecter/prévenir l'ostéonécrose de la mâchoire. Les interventions dentaires importantes devraient être pratiquées avant la prise de biphosphonates et ces médicaments devraient être évités chez un patient avec des problèmes dentaires à moins que les bénéfices anticipés surpassent les risques.**

Médecin : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ # permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_



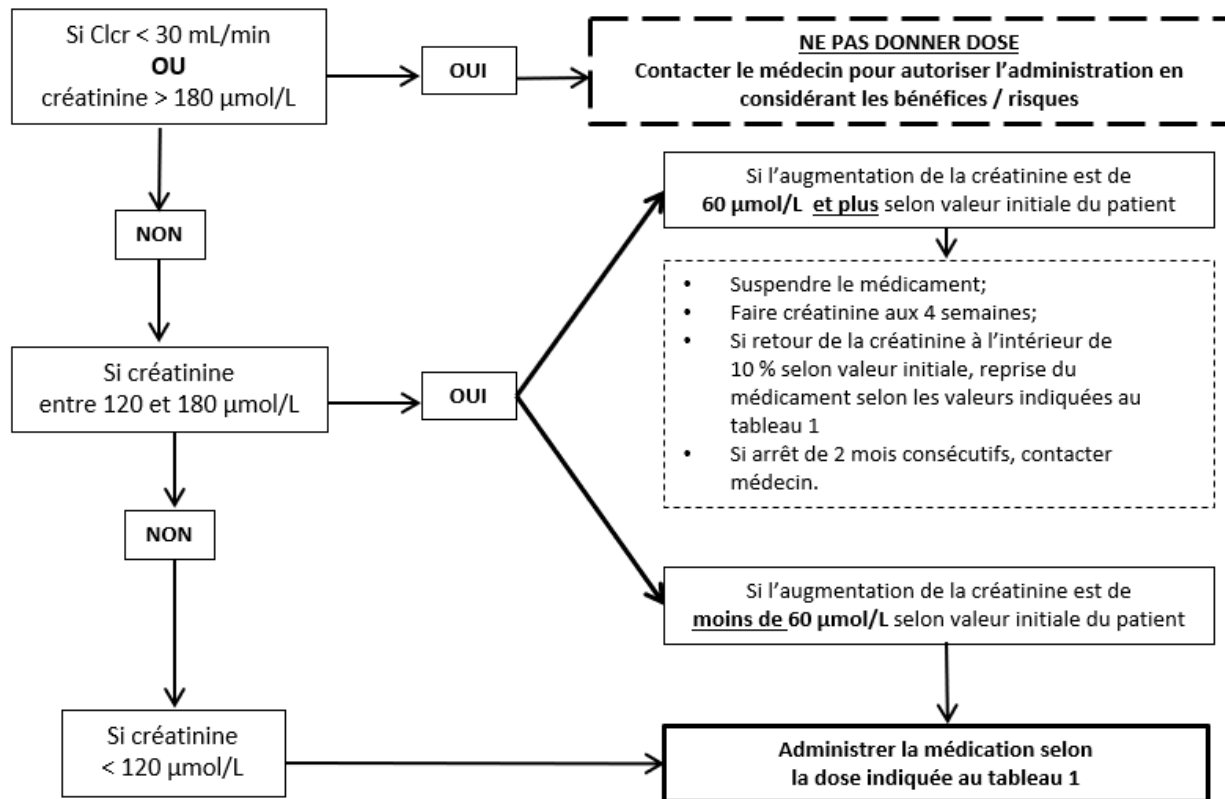
**AJUSTEMENT SELON LA FONCTION RÉNALE<sup>1</sup>**

**Tableau 1**

**Doses d'acide zolédronique (Zometa<sup>MD</sup>) et de pamidronate (Aredia<sup>MD</sup>) selon la fonction rénale**

ACIDE ZOLÉDRONIQUE (ZOMETA <sup>MD</sup> ) Ajustement des doses selon la clairance à la créatinine (ClCr) (calculée via l'équation Cockcroft-Gault)		PAMIDRONATE (ARELIA <sup>MD</sup> ) Ajustement des doses selon ClCr (calculée via l'équation Cockcroft-Gault)	
ClCr (mL/min)	Dose	ClCr (mL/min)	Action
> 60	4 mg	Clcr > 90 mL/min	Perfuser sur 2 h (250 mL)
50-60	3,5 mg	Clcr 30-90 mL/min	Perfuser sur 4 h (500 mL)
40-49	3,3 mg		
30-39	3 mg		
< 30	Contactez le médecin pour autoriser l'administration en considérant les bénéfices / risques	Clcr < 30 mL/min	Contactez le médecin pour autoriser l'administration en considérant les bénéfices / risques

**DOSES SUBSÉQUENTES**



<sup>1</sup> Référence : Adaptation de la monographie des produits

**Légende :** < : inférieur à      > : supérieur à      ≤ : inférieur ou égal à      ≥ : supérieur ou égal à