

ORDONNANCE PRÉIMPRIMÉE
AVEC MÉDICATION

Usage de nirmatrelvir/ritonavir (Paxlovid) chez l'adulte
pour le traitement de la COVID-19

DATE : 20___/___/___ HEURE : ___ : ___

MÉDICAMENT DE NÉCESSITÉ MÉDICALE PARTICULIÈRE
La prescription du nirmatrelvir/ritonavir (Paxlovid) est restreinte aux membres du CMDP du CISSS de Chaudière-Appalaches.
Les non-membres du CMDP doivent contacter l'infectiologue de garde qui effectuera la prescription.

SECTION À REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES DE L'USAGER

Début des symptômes : 20___/___/___

Date du test : 20___/___/___

Test utilisé : PCR / TAAN

Antigénique par professionnel de la santé

Autotest

Âge : _____

Poids : _____

Taille : _____

Créatinine : _____

Date de la créatinine : 20___/___/___

Débit de filtration glomérulaire (DFGe) : _____

INDICATIONS

Les personnes admissibles au traitement par l'association nirmatrelvir/ritonavir rencontrent les critères suivants :

- Personne de 18 ans ou plus
- Test SARS-CoV-2 positif (TAAN ou test antigénique rapide)
- Symptômes depuis 5 jours ou moins sans besoin d'hospitalisation, ou hospitalisation pour une cause autre que la COVID-19
- Présence d'une maladie ou d'un traitement compromettant l'immunité OU autre situation clinique à risque élevé de complications de la COVID-19. Préciser : _____
- Absence d'accès au sotrovimab (traitement de choix pour les personnes immunosupprimées)
- Absence de contre-indication au traitement et traitement jugé possible en tenant compte du risque d'interactions médicamenteuses
- Cas discuté avec Dr(e) _____, infectiologue de garde

AMORCE DU TRAITEMENT

Nirmatrelvir (comprimés de 150 mg) / Ritonavir (comprimés de 100 mg)

DFGe supérieur ou égal à 60 mL/min

300 mg de nirmatrelvir (2 comprimés) + 100 mg de ritonavir (1 comprimé) per os BID x 5 jours

DFGe de 30 à 59 mL/min

150 mg de nirmatrelvir (1 comprimé) + 100 mg de ritonavir (1 comprimé) per os BID x 5 jours



CONTRE-INDICATIONS

Personne atteinte d'insuffisance rénale chronique sévère (DFGe inférieur à 30 mL/min) ou terminale (hémodialyse)

Personne atteinte d'insuffisance hépatique sévère (cirrhose Child-Pugh C)

Femme enceinte

Personne de moins de 18 ans

Personnes avec des antécédents de réactions graves d'hypersensibilité (nécrolyse toxique épidermique ou syndrome de Stevens-Johnson) à l'un des ingrédients de la formulation

Personne recevant des médicaments dont l'association avec un inhibiteur puissant du CYP3A4 fait l'objet d'une contre-indication absolue.

Le traitement par le Paxlovid ne devrait pas être instauré chez des personnes recevant un ou plusieurs médicaments dont l'association avec un inhibiteur puissant du CYP3A4 fait l'objet d'une contre-indication absolue à moins que ce médicament puisse être cessé ou substitué temporairement sans porter préjudice au patient. Pour la liste de ces médicaments, se référer à la **monographie de produit**.

Personne recevant un inducteur puissant du CYP3A4. Pour la liste de ces médicaments, se référer à la **monographie**.

Personne recevant des médicaments dont l'élimination est grandement dépendante du CYP3A4 et pour lesquels une élévation des concentrations peut être associée à des conséquences graves

Le traitement par le Paxlovid ne devrait pas être instauré chez des personnes recevant des médicaments dont l'élimination est grandement dépendante du CYP3A4 et pour lesquelles une élévation des concentrations peut être associée à des conséquences graves si un suivi étroit des concentrations plasmatiques ou des effets indésirables (même si un ajustement de la dose a été entrepris) n'est pas réalisable au cours du traitement.

Se référer à la **monographie** ainsi qu'aux sources d'informations pharmacologiques usuelles telles que Micromedex, Lexicomp, le guide thérapeutique VIH/VHC (<https://www.guidetherapeutiquevih.com>) ou au Liverpool University COVID-19 drug interactions (<https://www.covid19-druginteractions.org/>).

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Comme médecin prescripteur (SVP, cochez chaque énoncé) :

- Je confirme que j'ai obtenu au moins de façon verbale le consentement libre et éclairé de l'utilisateur ou de son représentant, le cas échéant, quant au recours éventuel à ce plan de traitement.
- Je confirme que je vais assurer la documentation écrite au dossier de l'utilisateur des plans de surveillance clinique de l'efficacité et de l'innocuité et que je vais cesser le traitement en cas d'échec thérapeutique ou de l'intolérance au traitement.

Nom, Prénom : _____

Numéro de téléphone direct : _____

No permis d'exercice : _____

Signature : _____

ORDONNANCE À TRANSMETTRE PAR LE MÉDECIN À LA PHARMACIE D'ÉTABLISSEMENT

Secteur	Télécopieur	Téléphone
<input type="checkbox"/> Alphonse-Desjardins	418 835-7299	418 835-7121 poste 16303
<input type="checkbox"/> Beauce	418 227-8917	418 228-2031 poste 37041
<input type="checkbox"/> Montmagny-L'Islet	418 248-5530	418 248-0630 poste 25511
<input type="checkbox"/> Thetford Mines	418 338-7761	418 338-7777 poste 54431

ORDONNANCE PRÉIMPRIMÉE
AVEC MÉDICATION

Usage de nirmatrelvir/ritonavir (Paxlovid) chez l'adulte
pour le traitement de la COVID-19

SECTION À REMPLIR PAR LE PHARMACIEN D'ÉTABLISSEMENT

Nom, Prénom : _____	Numéro de téléphone direct : _____
No permis d'exercice : _____	Signature : _____
<input type="checkbox"/> Copie de la présente ordonnance a été envoyée à rxhorsformulaire.cisssca@ssss.gouv.qc.ca	

ÉVALUATION ET GESTION DES INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

Prise d'un médicament ne figurant pas au Dossier de Santé du Québec (à l'exception des MVL/PSN)
(p.ex. protocole de chimiothérapie intraveineuse, médicament reçu via le Programme d'accès spécial de Santé Canada) :

Oui (préciser) : _____

Non

Ci-joint la liste des interactions gérées (ex. : rapport Micromedex ou *COVID-19 drug interaction checker*)

Aucune interaction détectée

Analyse des interactions (spécifier si l'arrêt ou le remplacement temporaire d'un (ou des) médicament(s) est requis en précisant le moment du changement ainsi que celui du retour à la normal)

Ordonnances reliés à la gestion des interactions (si besoin) :

Nom du médecin ayant donné son accord : _____ Date : _____

Nom du pharmacien : _____ Licence : _____ Signature : _____

ORDONNANCE PHARMACEUTIQUE

Page 3 de 4



Suivi à effectuer par le pharmacien dispensateur :

 Aviser l'utilisateur de la modification**AUTRES SUIVI À EFFECTUER PAR LE PHARMACIEN DISPENSATEUR :**

- ✓ Vérification de la prise de MVL/PSN ou drogues (ex. : cannabis)
- ✓ Enseignement à l'utilisateur
- ✓ Transmission de l'information au pharmacien communautaire de l'utilisateur :

Pharmacie communautaire : _____ Tél. : _____ Téléc. _____

TRANSMISSION PAR TÉLÉCOPIEUR

Pharmacie dispensatrice :	Téléphone	Télécopieur
<input type="checkbox"/> Pharmacie Maude Smith Bujold (Lévis)	(418) 836-3434	(418) 836-3367
<input type="checkbox"/> Pharmacie PJC Jean Thibault (Montmagny)	(418) 248-9511	(418) 248-9508
<input type="checkbox"/> Pharmacie Julie Paquet et Patrick Turmel (Saint-Joseph-de-Beauce)	(418) 397-1711	(418) 397-1715
<input type="checkbox"/> Pharmacie hors Chaudière-Appalaches : _____	_____	_____