



ORDONNANCE PRÉIMPRIMÉE AVEC MÉDICATION

BIPHOSPHONATES IV  
PAMIDRONATE ET ZOLÉDRONATE

Installation : \_\_\_\_\_

Date : 20 \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_ : \_\_\_\_  
aaaa-mm-jj

Allergie(s) : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ kg

Transmission confidentielle par télécopieur

CLSC : \_\_\_\_\_

Pharmacie : \_\_\_\_\_

Centre de prélèvement : \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

Date de transmission : 20 \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Rendez-vous : \_\_\_\_\_

INDICATIONS

☐ Hypercalcémie d'origine tumorale

☐ Lésions ostéolytiques associées au myélome multiple

☐ Hypercalcémie

☐ Métastases osseuses associées aux tumeurs solides

☐ Maladie de Paget

☐ Ostéoporose

POSOLOGIE CHEZ L'ADULTE

Administer selon le protocole PROMED-PHARMACO-02

Nom et posologie	Quantité	Renouvellements	Code RAMQ si applicable
<input type="checkbox"/> Pamidronate ( <b>Aredia</b> <sup>MD</sup> ) _____ mg IV aux _____ sem			
<input type="checkbox"/> Zolédronate ( <b>Zometa</b> <sup>MD</sup> ) _____ mg IV aux _____ sem			
<input type="checkbox"/> Zolédronate ( <b>Aclasta</b> <sup>MD</sup> ) 5 mg IV aux ans			
<input type="checkbox"/> Calcium 500 mg BID			
<input type="checkbox"/> Vitamine D 10000 unités 1 fois par semaine			

LABORATOIRES (selon le médicament prescrit ci-haut)

	Pamidronate ( <b>Aredia</b> <sup>MD</sup> ) et Zolédronate ( <b>Zometa</b> <sup>MD</sup> )	Zolédronate ( <b>Aclasta</b> <sup>MD</sup> )
Clairance de la créatinine inférieure à 60 mL/min	<input checked="" type="checkbox"/> Créatinine sérique dans les 7 jours précédant l'administration <input checked="" type="checkbox"/> Calcium total + albumine dans les 7 jours précédant l'administration <input type="checkbox"/> Calcium ionisé dans les 7 jours précédant l'administration	<input checked="" type="checkbox"/> Créatinine sérique dans les 3 mois précédant l'administration <input checked="" type="checkbox"/> Calcium ionisé dans les 3 mois précédant l'administration
Clairance de la créatinine égale ou supérieure à 60 mL/min	<input checked="" type="checkbox"/> Créatinine sérique dans les 30 jours précédant l'administration <input checked="" type="checkbox"/> Calcium total + albumine dans les 30 jours précédant l'administration <input type="checkbox"/> Calcium ionisé dans les 30 jours précédant l'administration	<input type="checkbox"/> Calcium total + albumine dans les 3 mois précédant l'administration

☐ Autre fréquence de laboratoires prescrite (voir formulaire de requête pour test de laboratoire CIS2304)

Signature prescripteur autorisé : \_\_\_\_\_ # permis : \_\_\_\_\_ Date : 20 \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_ : \_\_\_\_

CONFIDENTIALITÉ : L'information apparaissant dans ce document est de nature légalement privilégiée et confidentielle. Si ce document vous est parvenu par erreur et que vous n'êtes pas le destinataire visé, vous êtes par la présente avisé que tout usage, copie ou distribution de ce message est strictement interdit.

Adopté par le comité de pharmacologie le 22 MARS 2022

ORDONNANCE PRÉIMPRIMÉE AVEC MÉDICATION-BIPHOSPHONATES IV-PAMIDRONATE-ZOLÉDRONATE AVEC LABORATOIRES