



\*CA1808\*

**ORDONNANCE PRÉIMPRIMÉE AVEC MÉDICATION**  
**BIPHOSPHONATES IV**  
**PAMIDRONATE ET ZOLÉDRONATE**

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

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

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

Nom et prénom de l'usager

N° de dossier

Date de naissance (aaaa / mm / jj)

Transmission confidentielle par télécopieur			
CLSC : _____	Pharmacie : _____	Centre de prélèvement : _____	
Télécopieur : _____	Télécopieur : _____	Télécopieur : _____	
Date de transmission : 20 ____ - ____ - ____		Rendez-vous : _____	

**INDICATIONS**

- |                                                           |                                                                              |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hypercalcémie d'origine tumorale | <input type="checkbox"/> Lésions ostéolytiques associées au myélome multiple |
| <input type="checkbox"/> Hypercalcémie                    | <input type="checkbox"/> Métastases osseuses associées aux tumeurs solides   |
| <input type="checkbox"/> Maladie de Paget                 | <input type="checkbox"/> Ostéoporose                                         |

**POSOLOGIE CHEZ L'ADULTE**

Administrer selon le protocole PROMED-PHARMACO-02

Nom et posologie	Quantité	Renouvellements	Code RAMQ si applicable
<input type="checkbox"/> Pamidronate (Aredia <sup>MD</sup> ) _____ mg IV aux _____ sem			
<input type="checkbox"/> Zolédronate (Zometa <sup>MD</sup> ) _____ mg IV aux _____ sem			
<input type="checkbox"/> Zolédronate (Aclasta <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 (Aredia <sup>MD</sup> ) et Zolédronate (Zometa <sup>MD</sup> )	Zolédronate (Aclasta <sup>MD</sup> )
Clairance de la créatinine inférieure à 60 mL/min	<input checked="" type="checkbox"/> Créatinine sérique dans les 7 jours précédent l'administration <input checked="" type="checkbox"/> Calcium total + albumine dans les 7 jours précédent l'administration <input type="checkbox"/> Calcium ionisé dans les 7 jours précédent l'administration	<input checked="" type="checkbox"/> Créatinine sérique dans les 3 mois précédent l'administration <input checked="" type="checkbox"/> Calcium ionisé dans les 3 mois précédent l'administration <input type="checkbox"/> Calcium total + albumine dans les 3 mois précédent l'administration
Clairance de la créatine égale ou supérieure à 60 mL/min	<input checked="" type="checkbox"/> Créatinine sérique dans les 30 jours précédent l'administration <input checked="" type="checkbox"/> Calcium total + albumine dans les 30 jours précédent l'administration <input type="checkbox"/> Calcium ionisé dans les 30 jours précédent 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**