



ORDONNANCE PRÉIMPRIMÉE AVEC MÉDICATION
REMDÉSIVIR POUR LE TRAITEMENT
DE LA COVID-19

Installation : _____

Date : 20 ____ - ____ - ____ Heure : ____ : ____
aaaa-mm-jj

Allergie(s) : _____ Poids : _____ kg

INDICATION (Cochez si la condition s'applique)

☐ **Ambulatoire** OU ☐ **Hospitalisé pour une raison AUTRE qu'une pneumonie à COVID-19** (ex. usager qui contracte la COVID-19 pendant son hospitalisation ou usager dont le retour à domicile est compromis en raison d'une diminution de l'état général)

☐ Usager atteint de la COVID-19 présentant des symptômes légers à modérés (sans besoin d'oxygénothérapie);

☐ Présence de symptômes depuis **7 jours** ou moins. Date de début des symptômes : 20 ____ / ____ / ____;

☐ Nirmatrelvir-ritonavir (Paxlovid) contre-indiqué;

ET

☐ IMMUNOSUPPRESSION sévère¹. Préciser : _____

OU

☐ Usager à risque modéré de développer des complications de la COVID-19². Risque absolu d'hospitalisation en raison de la COVID-19, estimé par le calculateur [QCOVID risk assessment](#)³ : _____

1. Se référer à l'outil de l'INESSS pour plus de détails;

2. En tenant compte de l'âge, de l'immunité et du nombre de maladies ou de conditions concomitantes qui augmentent le niveau de risque;

3. L'OMS et l'INESSS suggèrent d'envisager un traitement avec le remdésivir chez les usagers ayant un risque de complication de 3% ou plus. Le calculateur QCOVID risk assessment est un des outils disponibles pour estimer ce risque.

☐ **Hospitalisé en raison de la COVID-19 (utilisation au cas par cas)**

☐ Présence des symptômes depuis **10 jours** ou moins. Date de début des symptômes : 20 ____ / ____ / ____;

☐ Autres traitements initiés ou envisagés (dexaméthasone +/- tocilizumab [ou baricitinib] lorsqu'indiqués);

ET

☐ Usager atteint de la COVID-19 présentant une pneumonie nécessitant une oxygénothérapie par masque ou lunette nasale.

OU

☐ Usager atteint de la COVID-19 présentant une pneumonie nécessitant une oxygénothérapie nasale à haut débit ou une ventilation non invasive, particulièrement si immunosuppression sévère et charge virale estimée élevée avec l'analyse PCR selon l'avis de l'infectiologue. Cas discuté avec Dr(e) _____.

AUTRES CRITÈRES D'UTILISATION (Cochez lorsque la condition est rencontrée)

☐ **ALT* inférieure à 10 fois la limite supérieure normale (LSN)**

Pour usager ambulatoire : ☐ ALT en date du _____ est accepté

☐ ALT à faire lors du jour 1 de remdésivir et donner la dose sans attendre le résultat puis administrer les doses du J2 et 3 si ALT égale ou inférieure à 400

☐ Poids supérieur ou égal à 40 kg

☐ Appeler le pharmacien en service si hydroxychloroquine au profil de l'usager (Re : Effet antiviral **in vitro** peut être significativement réduit. Considérer le Nirmatrelvir/ritonavir en alternative s'il n'y a pas d'interaction majeure. Un avis d'un infectiologue peut être demandé au besoin).

MÉDICAMENT

☒ REMDÉSIVIR 200 mg IV jour 1 suivi de :

☐ 100 mg IV les jours 2 et 3 (usagers ambulatoires ou hospitalisés pour raison autre qu'une pneumonie à COVID-19)

☐ 100 mg IV les jours 2 à 5 (usagers hospitalisés pour une pneumonie à la COVID-19)

☐ 100 mg IV les jours 2 à 10 (cas particuliers surtout avec immunosuppression sévère selon avis de l'infectiologue)

Diluer chaque vial avec 19 mL d'eau stérile pour injection, puis injecter dans 250 mL de NaCl 0,9%.

Donner en 120 minutes pour la première dose, puis en 30 minutes par la suite si première dose bien tolérée.

Possibilité de diluer dans 100 mL de NaCl 0,9% si l'usager est en restriction liquidienne.

SUIVI POUR PATIENTS HOSPITALISÉS EN RAISON DE LA COVID

☐ ALT et créatinine aux _____ jours (inscrire fréquence souhaitée*)

*Pour un traitement de 3 jours aucun suivi n'est recommandé d'emblée, sauf en présence de facteurs de risque élevé d'insuffisance hépatique ou rénale selon le jugement du prescripteur.

Pour un traitement de 5 ou 10 jours, il est prudent de contrôler les ALT et la créatinine au moins une fois durant le traitement.

Signature médicale autorisée : _____ # permis : _____ Date : 20 ____ - ____ - ____ Heure : ____ : ____

Adopté par le comité de pharmacologie le 11 juin 2024

ORDONNANCE PRÉIMPRIMÉE AVEC MÉDICATION – REMDÉSIVIR POUR LE TRAITEMENT DE LA COVID-19

Nom de l'usager	Prénom de l'usager	N° de dossier
-----------------	--------------------	---------------

SURVEILLANCE

- ✓ Signes vitaux (PA, FC, FR, T°) et signes de réaction à la perfusion aux 15 minutes pendant la perfusion, puis :
 - **Si absence de réaction** : 30 et 60 minutes après la première dose, puis 30 minutes après les doses subséquentes.
 - **Si réaction à la perfusion** : aux 15 minutes x 4, puis aux 30 minutes x 2.
 - L'usager peut quitter si les signes vitaux sont stables après les périodes de surveillance décrites ci-dessus.
- ✓ En présence de réaction mineure (nausées, léger prurit, céphalées, légers frissons ou rougeur au visage) :
 - Arrêter la perfusion et aviser le médecin*. Après disparition des symptômes et approbation du médecin, reprendre la perfusion à 50% du débit auquel a eu lieu la réaction.
- ✓ En présence de réaction modérée (érythème cutané, urticaire généralisé, frissons) :
 - Arrêter la perfusion, administrer diphenhydrAMINE 50mg IV en 2 minutes STAT et aviser le médecin*.
- ✓ En présence de réaction sévère (hypotension, bronchospasme, dyspnée, sensation d'enflure de la langue ou de la gorge, vomissements) :
 - Arrêter la perfusion, appliquer l'ordonnance collective 2020-OC-allergo-02 (Épinéphrine (adrénaline) réaction allergique anaphylactique) et aviser le médecin*.
- ✓ Si réaction à la perfusion : administrer les doses subséquentes en 120 minutes (si administration à l'hôpital, aviser la pharmacie).

*Le **médecin prescripteur** est le **médecin répondant** en cas de réactions/questions. S'il n'est pas disponible, contacter le **médecin de garde dans la même spécialité**.

STABILITÉ ET COMPATIBILITÉ

- Stable 4 heures à température de la pièce et 24 heures au réfrigérateur.
- Le remdésivir doit être administré seul en dérivé d'un soluté de NaCl 0,9%. Il n'est compatible avec aucun autre médicament ou soluté.

EFFETS SECONDAIRES

- Faible risque de réactions à la perfusion (nausées, vomissements, hypotension, tachycardie)
- Bradycardie sinusale
- Élévation de l'ALT
- Atteintes rénales aiguës

PRÉCAUTIONS

- DFGe inférieur à 30 mL/min et patients hémodialysés :
 - La préparation contient du sulfobutyle éther β -cyclodextrine de sodium (SBECD) qui peut s'accumuler dans les reins des usagers chez qui la fonction rénale est diminuée et aggraver l'insuffisance rénale.
 - Selon certains experts, une toxicité significative est peu probable suivant une courte utilisation de 3 à 10 jours si les bénéfices attendus sont jugés supérieurs aux risques possibles.
 - Chez les usagers hémodialysés, le SBECD est éliminé à 46% après une session de 4h d'hémodialyse.
 - Tenter de minimiser la prise concomitante de médicaments néphrotoxiques.

CRITÈRES D'ARRÊT POUR LA CLIENTÈLE HOSPITALISÉE

- Le traitement avec le remdésivir devrait être interrompu dans les situations suivantes :
- ALT supérieure ou égale à 10 fois la LSN. Le traitement pourrait être repris lorsque l'ALT redevient inférieure à 5 fois LSN.
 - Augmentation de l'ALT d'environ 5 fois la LSN accompagnée d'une augmentation de la bilirubine conjuguée, de la phosphatase alcaline ou du RNI ou de l'apparition de symptômes d'inflammation hépatique.
 - Signe d'une atteinte rénale avec une diminution significative du DFGe
 - À la sortie de l'hôpital (si utilisé chez usager hospitalisé en raison d'une pneumonie à la COVID-19) sauf avis contraire de l'infectiologue

POUR UN USAGER AMBULATOIRE – SECTION À REMPLIR PAR LE PHARMACIEN PRESCRIPTEUR OU D'ÉTABLISSEMENT APRÈS LA VALIDATION DE L'ORDONNANCE

Signature : _____ Date : _____

☐ CLSC avisé **verbalement** et ordonnance télécopiée

ORDONNANCE À TÉLÉCOPIER AU CLSC PAR LE PHARMACIEN		
CLSC	Télécopieur CLSC	Téléphone
Beauce	418 228-0378	418 228-0030 poste 31318 (semaine) 418 228-0030 poste 31299 (fin de semaine et férié)
Centre Paul-Gilbert	418 380-2056	418 380-8994 poste 82029
Desjardins	418 838-9408 (semaine) 418 835-6413 (fin de semaine)	418 835-3331 (semaine) 418 835-3400 « 0 » (fin de semaine)
Lac-Etchemin	418 625-2381	418 625-3101 poste 42224 (semaine) 418 625-3101 poste 42274 (fin de semaine et férié)
Laurier-Station	418 728-2233 (inscription à l'intention des Soins Courants)	418 728-3435 et Poste soins courants : 81313
Saint-Jean-Port-Joli	418 598-6202	418 598-3355 poste 6378
Saint-Lazare	418 883-5129	418 883-2227
Sainte-Marie	418 387-5237	418 387-6060 poste 48105
Thetford Mines	418 338-7762	418 338-7777 poste 57763

Signature médicale autorisée : _____ # permis : _____ Date : 20__ - __ - __ Heure : ____ : ____