

**ORDONNANCE INDIVIDUELLE PRÉIMPRIMÉE**  
Usage de nirmatrelvir/ritonavir (Paxlovid<sup>MD</sup>)

Date de rédaction : \_\_\_\_\_

Établissement : \_\_\_\_\_

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro d'assurance maladie :

Cette ordonnance représente l'originale et ne sera pas réutilisée.

**IDENTIFICATION DE LA PHARMACIE DU PATIENT (OU DU PHARMACIEN)**

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES DU PATIENT**

<b>Diagnostic de COVID-19</b>	Début des symptômes : _____ Test utilisé : <input type="checkbox"/> PCR / TAAN <input type="checkbox"/> Autotest <input type="checkbox"/> Antigénique par professionnel de la santé	Date du test : _____
<b>Données personnelles</b>	Âge : _____ Poids : _____ Taille : _____	
<b>Fonction rénale</b>	Créatinine : _____ Débit de filtration glomérulaire (DFG estimé) : _____ ml/min	Date de la créatinine : _____
<b>Fonction hépatique</b>	ALT : _____ U/L Pour les patients avec cirrhose avérée ou insuffisance hépatique suspectée (date) : Bilirubine totale : _____ Bilirubine directe : _____ Albumine : _____ RNI: _____	Date de l'ALT: _____
<b>Statut vaccinal<sup>1</sup></b>	<input type="checkbox"/> Primovaccination complète <input type="checkbox"/> Primovaccination incomplète <input type="checkbox"/> Absence de vaccination	Nombre de dose(s) de rappel : : _____

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

Oui (préciser) : \_\_\_\_\_  
 Non

<sup>1</sup> Sont considérées comme ayant une primovaccination complète, les personnes :

- ayant reçu au moins un schéma vaccinal complet avec la 2e dose depuis  $\geq 7$  jours OU
- ayant reçu une dose de vaccin de Johnson & Johnson depuis  $\geq 14$  jours
- consulter les [recommandations du comité sur l'immunisation du Québec](#) concernant les doses de rappel pour les personnes immunosupprimées ou ayant recours à l'hémodialyse
- une infection contractée il y a 3 à 6 mois pourrait protéger contre une hospitalisation en cas de réinfection, d'autant plus si au moins une dose de vaccin a été reçue avant ou après.

## INDICATION

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

- Test SRAS-CoV-2 positif (TAAN ou test antigénique rapide)
- Symptômes depuis 5 jours ou moins ne nécessitant pas d'hospitalisation
- Absence d'accès au sotrovimab (pour les personnes immunosupprimées)
- Absence de contre-indication au traitement
- Amorce du traitement jugée possible considérant le risque d'interactions médicamenteuses

<b>NON VACCINÉ OU PARTIELLEMENT VACCINÉ (PRIMOVACCINATION INCOMPLÈTE) AVEC AU MOINS UNE DES CONDITIONS À RISQUE ÉLEVÉ DE COMPLICATIONS DE LA COVID-19</b>	<b>CODE RAMQ</b>
<input type="checkbox"/> Adulte avec immunosuppression modérée à sévère (quel que soit le statut vaccinal)	<b>AV</b>
<input type="checkbox"/> 60 ans et plus	<b>AW</b>
<input type="checkbox"/> 18 ans et plus ET au moins une des conditions suivantes <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hémoglobinopathie</li> <li>▪ Insuffisance rénale chronique</li> <li>▪ Insuffisance hépatique chronique</li> <li>▪ Obésité (risque accru si IMC <math>\geq 35</math>)</li> <li>▪ Diabète (risque accru si non contrôlé)</li> <li>▪ Hypertension artérielle (risque accru si non contrôlé)</li> <li>▪ Maladie cardiovasculaire athérosclérotique</li> <li>▪ Insuffisance cardiaque de classe fonctionnelle NYHA II à IV</li> <li>▪ Maladie pulmonaire chronique (p.ex. MPOC, asthme modéré à sévère)</li> </ul>	<b>AX</b>

<b>SITUATIONS EXCEPTIONNELLES AU CAS PAR CAS</b> (APRÈS DISCUSSION AVEC SPÉCIALISTES OU COLLÈGUES EXPÉRIMENTÉS)	<b>CODE RAMQ</b>
<input type="checkbox"/> Femme enceinte avec au moins un des facteurs de risque énumérés ci-dessus et non adéquatement protégée/vaccinée ou réponse vaccinale sous-optimale anticipée.	<b>AY</b>
<input type="checkbox"/> Adolescent de 40 kg et plus avec au moins un des facteurs de risque énumérés ci-dessus et non adéquatement protégé/vacciné ou réponse vaccinale sous-optimale anticipée	
<input type="checkbox"/> Risque très élevé de complications selon jugement clinique (p.ex. âge très avancé, multiples comorbidités et anticipation d'une protection sous-optimale contre l'hospitalisation en raison du variant circulant malgré une primovaccination complète) ! Bénéfices incertains sur la prévention de l'hospitalisation, population vaccinée non étudiée.	<b>AW</b>

Pour plus de détails, consulter [l'outil clinique](#) et [l'algorithme](#)

## CONTRE-INDICATIONS

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

**Personne de moins de 12 ans**

**Personne 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/>).

## PRÉCAUTIONS

**Femme enceinte (voir situations exceptionnelles dans la section « INDICATION » ci-dessus)**

**12 ans < Âge ≤ 18 ans (voir situations exceptionnelles dans la section « INDICATION » ci-dessus)**

## AMORCE DU TRAITEMENT

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

- Clcr 60 mL/min ou plus :  
300 mg de nirmatrelvir (2 comprimés) + 100 mg de ritonavir (1 comprimé) PO BID x 5 jours
- Clcr 30 à 59 ml/min :  
150 mg de nirmatrelvir (1 comprimé) + 100 mg de ritonavir (1 comprimé) PO BID x 5 jours
- Clcr inférieure à 30 mL/min (ou hémodialysé et poids supérieur ou égal à 40 kg) :  
300 mg de nirmatrelvir (2 comprimés) au Jour 1 puis 150 mg (1 comprimé) PO DIE x 4 jours +100 mg de ritonavir (1 comprimé) PO DIE x 5 jours
- Hémodialysé et poids inférieur à 40 kg :  
150 mg de nirmatrelvir (1 comprimé) + 100 mg de ritonavir (1 comprimé) PO DIE au Jour 1, 3 et 5.

## MODIFICATION TEMPORAIRE DE LA MÉDICATION USUELLE

Non

Oui :

*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*

Patient avisé du changement:  Oui  Non

## SUIVI

Préciser les médicaments qui requièrent un suivi particulier (p.ex. pression artérielle, effets indésirables, etc.)

## IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Nom, prénom :

Numéro de permis d'exercice :

Numéro de téléphone (direct idéalement) :

Adresse de correspondance :

Signature :