



## Protocole – Administration de fer IV

**Note à la pharmacie communautaire:** Une fois l'ordonnance validée, SVP remettre à l'usager une copie de celle-ci ainsi que le médicament prescrit. L'usager doit les avoir en sa possession lors du rendez-vous en CLSC.

Relevé  
(Initiales et  
heure)

Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ Allergie(s) : \_\_\_\_\_ Intolérance(s) : \_\_\_\_\_

Labos : Date : \_\_\_\_\_ HB : \_\_\_\_\_ g/L Ferritine : \_\_\_\_\_ mcg/L TSAT : \_\_\_\_\_ % Fer : \_\_\_\_\_ umol/L

Indication : Anémie ferriprive ou carence en fer en contexte de :  Grossesse  IRC  Autre : \_\_\_\_\_

Molécules (Aucune dose test n'est requise pour l'ensemble des molécules ci-bas)	Fréquence et renouvellement(s)
<input type="checkbox"/> Cesser le fer oral <input type="checkbox"/> Poursuivre le fer oral tel que déjà prescrit	N/A
<input type="checkbox"/> <b>Fer saccharose (Venofer<sup>MD</sup>) – fiole de 100 mg/5 mL</b> <input type="checkbox"/> 100 mg dans 100 mL de NaCl 0,9% IV en 60 min <input type="checkbox"/> 200 mg dans 100 mL de NaCl 0,9% IV en 60 min <input type="checkbox"/> 300 mg dans 250 mL de NaCl 0,9% IV en 90 min (1h30)	Répéter cette dose à chaque : (au moins 48 h entre chaque dose) _____ <input type="checkbox"/> Jour(s) <input type="checkbox"/> Sem. <input type="checkbox"/> Mois Total de _____ doses
<input type="checkbox"/> <b>Complexe de fer gluconate sodium (Ferrlecit<sup>MD</sup>)* – fiole de 62,5 mg/5 mL</b> * Non disponible au formulaire du CISSS de Lanaudière. <input type="checkbox"/> 125 mg dans 100 mL de NaCl 0,9% IV en 60 min	Répéter cette dose à chaque : (au moins 48 h entre chaque dose) _____ <input type="checkbox"/> Jour(s) <input type="checkbox"/> Sem. <input type="checkbox"/> Mois Total de _____ doses
<input type="checkbox"/> <b>Fer isomaltoside ou dérisomaltose ferrique (Monoferric<sup>MD</sup>) – fioles de 100 mg/1 mL, 500 mg/5 mL, 1000 mg/10 mL</b> <b>Dose maximale à 20 mg/kg.</b> <b>Si dose requise excède 20 mg/kg, administrer en deux doses à 7 jours d'intervalle</b> <input type="checkbox"/> 500 mg dans 100 mL de NaCl 0,9% IV en 60 min <input type="checkbox"/> 1000 mg dans 100 mL de NaCl 0,9% IV en 60 min <input type="checkbox"/> 1500 mg dans 100 mL de NaCl 0,9% IV en 60 min	Répéter <b>une dose</b> de (après 7 jours ou plus) [Pour dose excédant 20 mg/kg] <input type="checkbox"/> 500 mg <input type="checkbox"/> 1000 mg Dose totale à répéter chaque <input type="checkbox"/> 6 mois <input type="checkbox"/> 12 mois <input type="checkbox"/> _____ mois

**PRESCRIPTEUR**

NOM, PRÉNOM (lettres moulées) : \_\_\_\_\_ # prescripteur (licence) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

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

Adresse de correspondance: \_\_\_\_\_

**TRANSMISSION CONFIDENTIELLE PAR TÉLÉCOPIEUR**

JE CERTIFIE QUE CETTE ORDONNANCE EST ORIGINALE ET NE SERA PAS RÉUTILISÉE.

Le pharmacien communautaire : \_\_\_\_\_ est le seul destinataire.

No télécopieur : \_\_\_\_\_ No téléphone : \_\_\_\_\_