

UTILISATION CILGAVIMAB/TIXAGEVIMAB (EVUSHELD^{MD}) 100 MG/ML

OU REMDESIVIR (VEKLURY^{MD}) 100 MG/FIOLE

Nom du patient : _____

Numéro de dossier : _____

Date de naissance : _____

Poids : _____

Installation demandée: CHDL HPLG

Date d'apparition des symptômes : _____

Description du contexte du cas (symptômes, comorbidités, antécédents médicaux, état général du patient) :

CONDITIONS (doivent être toutes présentes)

- Usager de 12 ans et plus, et 40 kg et plus
- Test de dépistage positif au SRAS-CoV-2 (test rapide accepté)
- Apparition des premiers symptômes depuis moins de 5 jours (7 jours pour Remdésivir)
- Non hospitalisé en raison de la COVID-19
- Symptômes légers à modérés (sans besoin d'apport en oxygène)
- Contre-indication à l'utilisation du Paxlovid^{MD} ou non disponibilité de celui-ci**

CRITÈRES (1 seul à cocher)

- Peu importe le statut vaccinal : Immunosuppression avec immunité cellulaire ou humorale compromise causée par une condition sous-jacente (p.ex. (p.ex. infection par le VIH non contrôlée ou SIDA, greffe, cancer actif (p.ex. hématologique), déficit immunitaire primaire ou secondaire, maladie auto-immune non contrôlée) OU le traitement de celle-ci. Ne sont pas considérées comme immunosupprimées et à très haut risque d'évolution défavorable les personnes prenant un immunomodulateur (p.ex. hydroxychloroquine) OU une biothérapie dirigée contre un médiateur spécifique de l'inflammation ou son récepteur (tel que TNF α , IL-1, IL-6, IL-17/23, intégrines) utilisée en monothérapie OU une corticothérapie considérée comme non immunosuppressive.

OU

- NON ADÉQUATEMENT VACCINÉS¹ avec au moins une condition à risque élevé de complications parmi les suivantes :

60ans et plus

OU 18 ans et plus avec AU MOINS UNE des conditions suivantes :

- Hémoglobinopathie
- Insuffisance rénale chronique
- Insuffisance hépatique chronique
- Obésité (risque accru avec IMC \geq 35)
- Diabète (risque accru si non contrôlé)
- Hypertension artérielle avérée (risque accru si non contrôlée)
- Maladie cardiovasculaire athérosclérotique
- Insuffisance cardiaque de classe fonctionnelle NYHA II à IV
- Maladie pulmonaire chronique (p.ex. MPOC, asthme modéré à sévère)

OU

- ADÉQUATEMENT PROTÉGÉS/VACCINÉS¹ si risque très élevé de complications (âge très avancé, plusieurs comorbidités, surtout si non contrôlées) selon jugement clinique, spécifier :

Si ne satisfait pas aux critères établis mais que le praticien désire quand même administrer le médicament, devra être évalué comme médicament de nécessité médicale particulière (NMP) par Daniel Lussier, Mélissa Djadi. (voir # tel et fax plus bas) SVP spécifier :

Médicament à administrer (NB : patient doit se déplacer à l'hôpital, horaire selon disponibilités de la médecine de jour, doses #2 et 3 de Remdesivir données en CLSC) :

1^{er} choix : REMDESIVIR 200 mg X 1 puis 100 mg IV die x 2 jours

ALT et Créatinine à obtenir avant de débiter le traitement

NB1 : des valeurs obtenues il y a moins de 3 mois sont acceptées.

NB2 : à demander par MD selon risque d'insuffisance rénale et hépatique

NB3 : Clcr doit être supérieure à 15 mL/min et ALT moins de 5x la limite supérieure de la normale

NB4 : Peut-être administré aux patients hémodialysés (mais pas ceux en dialyse péritonéale)

Si Contre-indication au Remdesivir : Evusheld^{MD} 600 mg IM x 1 dose

OBLIGATOIRE (pour Remdesivir seulement) :

Je serai disponible sur demande pour la prise en charge de mon patient durant l'administration :

Médecin demandeur : _____

Téléphone (ou cellulaire) : _____

OU

Le médecin suivant sera disponible sur demande pour la prise en charge de mon patient durant l'administration (exemple : médecin de garde dans ma spécialité) :

Médecin répondant : _____

Téléphone (ou cellulaire) : _____

Signature : _____ Numéro de pratique : _____

ACHEMINER AU DÉPARTEMENT DE PHARMACIE

CHDL tel : 450-759-8222 poste 2093 Fax : 450-752-1708

HPLG tel : 450-654-7525 poste 30121 Fax : 450-470-2638

DÉCISION RELATIVE À LA DEMANDE : _____

1. Est considéré comme adéquatement vacciné si a reçu au moins un schéma vaccinal complet avec la 2e dose depuis 7 jours ou plus (primovaccination) OU a reçu 1 dose de vaccin de Johnson & Johnson depuis 14 jours ou plus (primovaccination). Efficacité vaccinale contre l'hospitalisation plus élevée avec dose(s) de rappel. Bien qu'il demeure des incertitudes, une infection contractée il y a 3 à 6 mois pourrait protéger contre une hospitalisation en cas de réinfection, d'autant plus avec une primovaccination complète.

Nom du médicament :

**CILGAVIMAB/TIXAGEVIMAB
(EVUSHELD^{MD}) 100 mg/mL
Sol. Inj.**

PHARMACOTHÉRAPIE PARENTÉRALE

ADMINISTRATION INTRAMUSCULAIRE : solution déjà diluée

Indication : Traitement des risques associés au SRAS-CoV-2

Préparation (dose de 600 mg):

- 1- Prélever le contenu de 2 fioles de tixagévimab (bouchon gris foncé) soit 3 mL (ou en 2 seringues de 1,5 mL si décision de ne pas donner 3 mL en une seule injection)
- 2- Prélever le contenu de 2 fioles cilgavimab (bouchon blanc) soit 3 mL (ou en 2 seringues de 1,5 mL si décision de ne pas donner 3 mL en une seule injection)

Administration :

- 3- Administrer IM dans muscle fessier (1 injection de 3 mL, de chaque côté ou 2 injections de 1,5 mL de chaque côté)

SURVEILLANCE APRÈS L'ADMINISTRATION

Une surveillance de 30 minutes après l'injection est recommandée.

Les effets secondaires pouvant se produire sont :

- Hypersensibilité
- Réactions locales au site d'injection

CONSERVATION, STABILITÉ ET AUTRES PARTICULARITÉS

Le produit est conservé au réfrigérateur entre 2 et 8 °C dans la boîte d'origine. Ne pas congeler. Ne pas agiter. Protéger de la lumière. Fioles à usage unique. Apparence du liquide dans la fiole: limpide, incolore à légèrement jaune.

Stabilité du produit préparé en seringue : 4 heures température ambiante ou réfrigéré.

Grossesse et allaitement : aucune étude, peser les risques vs les bénéfices

Nom du médicament :

REMDESIVIR 100 MG/FIOLE PDRE INJ.

PHARMACOTHÉRAPIE PARENTÉRALE

ADMINISTRATION INTRAVEINEUSE : Préparation faite par : pharmacie

Indication : Traitement des risques associés au SRAS-CoV-2

Préparation :

- 1- Diluer chaque fiole avec 19 mL d'eau stérile pour injection
- 2- Agiter le flacon durant 30 secondes puis laisser reposer 2 à 3 minutes, répéter jusqu'à dissolution complète.
- 3- Retirer le volume qui sera ajouté au sac (20 mL d'un sac de 100 mL de NaCl 0,9% si dose de 100 mg, ou 40 mL d'un sac de 250 mL de NaCl 0,9% pour une dose de 200 mg)
NB : on peut utiliser un sac de 100 mL pour la dose de 200 mg si restriction liquidienne.
- 4- Injecter le médicament dans le sac
- 5- Retourner le sac une vingtaine de fois pour bien mélanger, ne pas agiter.

Administration :

1. Administrer la dose de 200 mg en 1 heure et les doses de 100 mg en 30 minutes.
2. Rincer la tubulure avec 30 mL de NaCl 0,9% après administration du médicament, afin d'administrer le contenu de la tubulure.

COMPATIBILITÉ

NaCl 0,9%

INCOMPATIBILITÉ

Ne perfuser aucun autre médicament par la même voie

SURVEILLANCE PENDANT L'ADMINISTRATION

Bien qu'aucune surveillance ne soit recommandée, certains effets secondaires peuvent se produire

- Nausées et vomissements
- Hypotension et tachycardie

Il est suggéré de réduire la vitesse d'administration de moitié si réaction lors de la perfusion (donner la dose de 200 mg en 2 heures et les doses subséquentes de 100 mg en 1 heure)

CONSERVATION, STABILITÉ ET AUTRES PARTICULARITÉS

Le produit est conservé à la température de la pièce, dans la boîte d'origine. Fioles à usage unique.

Apparence du liquide une fois dilué: limpide, incolore à jaune.

Stabilité du produit préparé sous hotte stérile : 24 heures température ambiante ou 48 heures réfrigéré.

Grossesse et allaitement : aucune étude, peser les risques vs les bénéfices.