

**Centre Hospitalier Universitaire SAINTE-JUSTINE
ORDONNANCES MÉDICALES**

Diagnostic : _____
 Aucune allergie connue (à cocher obligatoirement si applicable) :
 Allergies : _____
 Intolérances : _____
 Poids (kg) : _____ Taille (cm) : _____ Surface corporelle (m²) : _____
 Âge gestationnel (sem) : _____ Poids à la naissance (kg) : _____

Feuille d'ordonnance pré-rédigée (FOPR) individuelle
COG AOST0331 - Ostéosarcome - Méthotrexate-HD - FOPRH0 - 0017 (1 de 5)

Espace
infirmier

SOINS INFIRMIERS

Poids: _____ kg Taille: _____ cm M²: _____
 Ne pas corriger la surface corporelle suite à une amputation

Dosage Ingesta/Excreta stricts
 pH sur chaque miction
 Densité urinaire sur chaque miction précédant le MTX-HD

LABORATOIRES

FSC
 Urée, acide urique DIE
 Calcium, phosphore, magnésium DIE
 Créatinine et électrolytes BID pendant 72 heures puis DIE
 (Aviser hématologue du résultat si créatinine ≥ 1,5 fois créatinine **de l'admission**)
 Bilirubine, phosphatase alcaline, bicarbonate, ALT, AST, LDH (requis)
 Protéines totales, albumine, glucose
 Calcium ionisé mesuré DIE pendant 72 heures
 Analyse d'urine
 GFR ou clairance de créatinine si créatinine sérique > 1,5 x valeur de base

Patients sous étude :

Karnofsky à l'admission : _____ %
 Dosage de méthotrexate sérique 4 heures après début de la perfusion de méthotrexate.
 T4h : _____ µmol/L (ne pas aviser hématologue de ce résultat).

Tous les patients :

Dosage de méthotrexate sérique 24 heures après début de la perfusion de MTX puis DIE ad nouvel ordre ou jusqu'à niveau sérique soit inférieur à 0,1 µmol/L ou plus bas si élimination retardée (> 72 heures).

Résultats obtenus

T24h : _____ µmol/L
 T48h : _____ µmol/L
 T72h : _____ µmol/L
 T96h : _____ µmol/L

Aviser hématologue des résultats.

Toute modification de dose de leucovorin doit être prescrite par le médecin.

Relevé et télécopié à la pharmacie
par :

Date : Heure :

Signature du médecin ou professionnel autorisé à prescrire

Date et heure

No. de permis

*Ces ordonnances ne peuvent être exécutées qu'au département de pharmacie du CHU Ste-Justine
 La présence de carrés (☐) indique un choix à cocher obligatoirement lorsqu'applicable
 La présence de [FADM] est une notation réservée à l'usage de la pharmacie*

**Centre Hospitalier Universitaire SAINTE-JUSTINE
ORDONNANCES MÉDICALES**

Diagnostic : _____
 Aucune allergie connue (à cocher obligatoirement si applicable) :
 Allergies : _____
 Intolérances : _____
Poids (kg) : _____ Taille (cm) : _____ Surface corporelle (m²) : _____
 Âge gestationnel (sem) : _____ Poids à la naissance (kg) : _____

Feuille d'ordonnance pré-rédigée (FOPR) individuelle
COG AOST0331 - Ostéosarcome - Méthotrexate-HD - FOPRH0 - 0017 (2 de 5)

Espace infirmier	<p>TRAITEMENT</p> <p>ATTENTION : Le protocole nécessite 2 voies d'administration.</p> <p><u>VOIE #1 (voie centrale)</u> Le méthotrexate et le soluté d'hydratation sont toujours administrés par voie centrale.</p> <p>Soluté d'hydratation : Glucosé 5% NaCl 0,45% additionné de KCl 20 mEq/L et de bicarbonate de sodium 50 mEq/L. À débiter au moins 12 heures avant l'heure prévue pour le début d'administration du méthotrexate à _____ mL/heure (150 mL/m²/heure) et à poursuivre jusqu'à ce que le niveau sérique du méthotrexate soit inférieur à 0,1 µmol/L ou plus bas si élimination retardée (> 72 heures).</p> <p><u>VOIE #2 (peut être périphérique ou centrale)</u> Antinauséux et autres médicaments</p> <p>NaCl 0,9% à TVO (max 10 mL/heure)</p> <p>Ne pas modifier le débit du soluté d'hydratation à la baisse pour administrer les antinauséux. Favoriser l'administration des antinauséux par pousse-seringue.</p> <p>ATTENTION : Ne pas administrer d'AINS (ex. Naproxen ou ibuprofène), de vitamine C, de sulfamidés (ex. Septra), de pénicillines, d'inhibiteurs de la pompe à protons (ex. lansoprazole) avant MTX-HD et reprendre une fois l'élimination du méthotrexate terminée. Éviter médicaments néphrotoxiques (ex. aminosides, vancomycine, acyclovir), etc.</p> <p>Si Ingesta/Excreta > que _____ mL/8 heures (400 mL/m²/8 heures) : Furosémide _____ mg (0,1-0,2 mg/kg/dose) IV pour une dose</p> <p>Si potassium sérique ≥ 3 et ≤ 3,5 mmol/L (à partir du Jour 1), débiter : Chlorure de potassium à libération prolongée 8 mEq/capsule (Micro K) _____ mEq (0,5 mEq/kg/dose, max 24 mEq/dose) PO BID</p> <p>On peut ouvrir la capsule et mêler le contenu dans une purée ou du yogourt. Si potassium sérique < 3 mmol/L, aviser médecin immédiatement. N.B. Une fois débuté, poursuivre le potassium PO jusqu'à l'arrêt du soluté d'hydratation.</p>	
Relevé et télécopié à la pharmacie par :	Signature du médecin ou professionnel autorisé à prescrire	Date et heure
Date : Heure :		No. de permis

*Ces ordonnances ne peuvent être exécutées qu'au département de pharmacie du CHU Ste-Justine
 La présence de carrés (☐) indique un choix à cocher obligatoirement lorsqu'applicable
 La présence de [FADM] est une notation réservée à l'usage de la pharmacie*

**Centre Hospitalier Universitaire SAINTE-JUSTINE
ORDONNANCES MÉDICALES**

Diagnostic : _____
 Aucune allergie connue (à cocher obligatoirement si applicable) :
 Allergies : _____
 Intolérances : _____
 Poids (kg) : _____ Taille (cm) : _____ Surface corporelle (m²) : _____
 Âge gestationnel (sem) : _____ Poids à la naissance (kg) : _____

Feuille d'ordonnance pré-rédigée (FOPR) individuelle
COG AOST0331 - Ostéosarcome - Méthotrexate-HD - FOPRH0 - 0017 (3 de 5)

Espace
infirmier

**PRÉ-REQUIS POUR DÉBUTER LE MÉTHOTREXATE HAUTE DOSE :
 PH URINAIRE ≥ 7 ET DENSITÉ URINAIRE ≤ 1,010.**

S'assurer d'obtenir une miction environ 2 heures avant l'heure prévue du MTX afin de corriger s'il y a lieu les pré-requis ci-haut.

Si pH < 7 sur UNE miction, ou pH > 8 sur 2 mictions :

Ajustement du bicarbonate de sodium en fonction du pH urinaire

	Quantité de bicarbonate de sodium dans le soluté en cours		
	30 mEq/L	50 mEq/L	75 mEq/L
Si pH < 7 sur une miction	Augmenter à 50 mEq/L	Augmenter à 75 mEq/L	Aviser le médecin
Si pH > 8 sur 2 mictions successives	Poursuivre à 30 mEq/L	Diminuer à 30 mEq/L	Diminuer à 50 mEq/L

Si bicarbonate de sodium à 75 mEq/L : glucosé 5% NaCl 0,2% KCl 20 mEq/L
 Si bicarbonate de sodium ≤ 50 mEq/L : glucosé 5% NaCl 0,45% KCl 20 mEq/L

Aviser médecin pour toute valeur de pH non corrigée par ces modifications.

N.B. Respecter un minimum de 30 mEq/L de bicarbonate de sodium.

Si densité urinaire le matin du MTX-HD > 1,010, augmenter le soluté à _____ mL/heure (200 mL/m²/heure).

Méthotrexate _____ g (**12 g/m²**, arrondi au g près supérieur, **max 20 g**) **IV** en perfusion de 4 heures, à

10h00, le matin du Jour 1, soit : A _____ M _____ J _____

Le méthotrexate est dilué dans 1 000 mL de glucose 5% - NaCl 0,45% additionné de bicarbonate de sodium 30 mEq/L et est prêt à être administré tel quel à un débit de 250 mL/heure.

N.B. Cesser temporairement le soluté d'hydratation pendant l'administration du méthotrexate et le reprendre dès la fin de la perfusion du méthotrexate.

Relevé et télécopié à la pharmacie par :

Date : _____ Heure : _____

Signature du médecin ou professionnel autorisé à prescrire

Date et heure

No. de permis

*Ces ordonnances ne peuvent être exécutées qu'au département de pharmacie du CHU Ste-Justine
 La présence de carrés (☐) indique un choix à cocher obligatoirement lorsqu'applicable
 La présence de [FADM] est une notation réservée à l'usage de la pharmacie*

**Centre Hospitalier Universitaire SAINTE-JUSTINE
ORDONNANCES MÉDICALES**

Diagnostic : _____
 Aucune allergie connue (à cocher obligatoirement si applicable) :
 Allergies : _____
 Intolérances : _____
 Poids (kg) : _____ Taille (cm) : _____ Surface corporelle (m²) : _____
 Âge gestationnel (sem) : _____ Poids à la naissance (kg) : _____

Feuille d'ordonnance pré-rédigée (FOPR) individuelle
COG AOST0331 - Ostéosarcome - Méthotrexate-HD - FOPRH0 - 0017 (4 de 5)

Espace
infirmier

Leucovorin (acide folinique) _____ mg (15 mg/m²/dose) IV bolus aux 6 heures

Débuter 24 heures après le début de la perfusion du méthotrexate et poursuivre jusqu'à ce que le niveau sérique de MTX soit inférieur à 0,1 µmol/L ou plus bas si élimination retardée (> 72 heures).

N.B. Si mucosite grade III ou IV lors du MTX-HD précédent, considérer de donner le leucovorin aux 3 heures d'emblée.

MODIFICATIONS SELON DOSAGE DU MTX :

T24h	
Taux de MTX (µmol/L)	Dose leucovorin/intervention
≤ 10	<ul style="list-style-type: none"> Leucovorin 15 mg/m² q6h IV Maintenir hydratation idem
>10 - < 50 ET/OU ↑ créatinine 25-50%	<ul style="list-style-type: none"> Leucovorin 15 mg/m² q6h IV Augmenter hydratation à 200 ml/m²/h
>10 - < 50 ET/OU ↑ créatinine 50-100%	<ul style="list-style-type: none"> Leucovorin 15 mg/m² q3h IV Augmenter hydratation à 200 ml/m²/h
≥ 50 - < 500 * OU ↑ créatinine > 100%*	<ul style="list-style-type: none"> Leucovorin 150 mg/m² q3h IV Augmenter hydratation à 200 ml/m²/h
≥ 500 *	<ul style="list-style-type: none"> Leucovorin 1500 mg/m² q6h IV (max 1500 mg/dose) Augmenter hydratation à 200 ml/m²/h

T48h	
Taux de MTX (µmol/L)	Dose leucovorin/intervention
< 1	<ul style="list-style-type: none"> Leucovorin 15 mg/m² q6h IV Maintenir hydratation idem
≥ 1 - < 5 ET/OU ↑ créatinine 25-50%	<ul style="list-style-type: none"> Leucovorin 15 mg/m² q6h IV Augmenter hydratation à 200 ml/m²/h
≥ 1 - < 5 ET/OU ↑ créatinine 50-100%	<ul style="list-style-type: none"> Leucovorin 15 mg/m² q3h IV Augmenter hydratation à 200 ml/m²/h
≥ 5 - < 100 * OU ↑ créatinine > 100%*	<ul style="list-style-type: none"> Leucovorin 150 mg/m² q3h IV Augmenter hydratation à 200 ml/m²/h
≥ 100 *	<ul style="list-style-type: none"> Leucovorin 1500 mg/m² q6h IV (max 1500 mg/dose) Augmenter hydratation à 200 ml/m²/h

***Considérer l'utilisation de glucarpidase (carboxypeptidase-G2)**

Relevé et télécopié à la pharmacie par :

Date : _____ Heure : _____

Signature du médecin ou professionnel autorisé à prescrire

Date et heure

No. de permis

*Ces ordonnances ne peuvent être exécutées qu'au département de pharmacie du CHU Ste-Justine
 La présence de carrés (☐) indique un choix à cocher obligatoirement lorsqu'applicable
 La présence de [FADM] est une notation réservée à l'usage de la pharmacie*

Diagnostic : _____
 Aucune allergie connue (à cocher obligatoirement si applicable) :
 Allergies : _____
 Intolérances : _____
 Poids (kg) : _____ Taille (cm) : _____ Surface corporelle (m²) : _____
 Âge gestationnel (sem) : _____ Poids à la naissance (kg) : _____

Feuille d'ordonnance pré-rédigée (FOPR) individuelle
COG AOST0331 - Ostéosarcome - Méthotrexate-HD - FOPRH0 - 0017 (5 de 5)

Espace
infirmier

MODIFICATIONS SELON DOSAGE DU MTX :

T72h		
N.B. Un taux de MTX $\geq 0,1$ $\mu\text{mol/L}$ à T72h constitue une élimination retardée		
Taux de MTX ($\mu\text{mol/L}$)	Dose leucovorin/intervention	
$\geq 0,1 - < 0,5$	<ul style="list-style-type: none"> Leucovorin 15 mg/m² q6h IV Maintenir hydratation idem 	<ul style="list-style-type: none"> Faire FSC DIE Répéter dosage sérique à T96h. Si T96h $\geq 0,08$ $\mu\text{mol/L}$, répéter dosage DIE et poursuivre leucovorin et hydratation ad MTX $< 0,05$ $\mu\text{mol/L}$.
0,5 - 5 ET/OU \uparrow créatinine 25-50%	<ul style="list-style-type: none"> Leucovorin 15 mg/m² q6h IV Augmenter hydratation à 200 ml/m²/h 	
0,5 - 5 ET/OU \uparrow créatinine 50-100%	<ul style="list-style-type: none"> Leucovorin 15 mg/m² q3h IV Augmenter hydratation à 200 ml/m²/h 	
$\geq 5 - 50$ * OU \uparrow créatinine $> 100\%$ *	<ul style="list-style-type: none"> Leucovorin 150 mg/m² q3h IV Augmenter hydratation à 200 ml/m²/h 	
≥ 50 *	<ul style="list-style-type: none"> Leucovorin 1500 mg/m² q6h IV (max 1500 mg/dose) Augmenter hydratation à 200 ml/m²/h 	

***Considérer l'utilisation de glucarpidase (carboxypeptidase-G2)**

Antiémétiques : Voir feuille

Acétaminophène _____ mg (**10 à 15 mg/kg/dose**) PO chaque 4 à 6 heures si douleur ou T° $\geq 38,5$ °C.
 Aviser le médecin de garde pour tout nouvel épisode de fièvre.

AU CONGÉ:

Septra _____ mg (**75 mg TMP/m²/dose**) PO aux 12 heures, lundi, mardi et mercredi.

Cesser au moins 48 heures avant prochain MTX-HD.

Relevé et télécopié à la pharmacie par :

Date : _____ Heure : _____

Signature du médecin ou professionnel autorisé à prescrire

Date et heure

No. de permis

*Ces ordonnances ne peuvent être exécutées qu'au département de pharmacie du CHU Ste-Justine
 La présence de carrés (☐) indique un choix à cocher obligatoirement lorsqu'applicable
 La présence de [FADM] est une notation réservée à l'usage de la pharmacie*