



**DEMANDE D'ACCÈS AU REMDÉSIVIR  
(DNMP) COMITÉ AD HOC**

Le médecin qui désire prescrire ce traitement à un usager doit compléter et télécopier le formulaire **avec l'OIS Remdésivir** au département clinique de pharmacie.

\* *L'original doit être conservé au dossier de l'utilisateur.*

Le patient doit répondre aux critères de bonne utilisation définis par l'INESSS (outil clinique remdésivir disponible sur [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19\\_Remdesivir\\_outil\\_clinique.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Remdesivir_outil_clinique.pdf)).

Le formulaire sera acheminé par le pharmacien de la distribution au comité *ad hoc* qui déterminera la validité de la demande et du service (acceptation ou refus) puis en avisera le département clinique de pharmacie.

Un formulaire **séparé** doit être rempli par le médecin **pour l'initiation et la prolongation** du traitement (disponible sur Intranet dans la section [COVID-19 Coronaravirus](#) → [COVID employé](#) → [DC Département de pharmacie](#)).

<p><b>Description du médicament</b></p> <p>Nom générique (commercial), posologie</p>	<p><b>Remdésivir (Veklury<sup>MD</sup>)</b></p> <p><b>INITIATION (Jour 1 à 5)</b></p> <p><input type="checkbox"/> 200 mg IV au jour 1 suivi de 100 mg IV die x 4 jours</p> <p><b>PROLONGATION (Jour 6 à 10)</b></p> <p><input type="checkbox"/> 100 mg IV die x 5 jours</p>		
<p><b>1. Diagnostic</b></p>	<p>COVID-19 CONFIRMÉE <input type="checkbox"/> OUI Date : _____</p>		
<p><b>2. Critères d'évaluation de la condition clinique du patient</b></p>	<p><b>ÉVALUATION DE L'ÉTAT CLINIQUE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hospitalisation à l'unité de soins intensifs</p> <p><input type="checkbox"/> Hospitalisation à l'unité de soins réguliers</p> <p><b>PNEUMONIE NÉCESSITANT :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ventilation mécanique invasive : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ventilation mécanique non invasive : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Lunettes nasales _____ L/min ou Ventimask _____ %</p> <p>Commentaires : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Présence de vasopresseur, dialyse ou ECMO</p> <p>Commentaires : _____</p> <p><b>ÉCHELON SUR L'ÉCHELLE ORDINALE DE L'OMS (vous référer à l'annexe) :</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9</p>		
<p>Nom du médecin demandeur/traitant</p>	<p>Signature</p>	<p>Permis</p>	<p>aaaa/mm/jj</p>

Nom :

Prénom :

# Dossier :

**3. Considérant les difficultés d'approvisionnement du Remdésivir, tous les critères cliniques permettant de confirmer un usage judicieux du médicament doivent être rencontrés, c'est-à-dire en favorisant l'utilisation chez les personnes qui pourront en bénéficier davantage.**

- Âge supérieur ou égal à 12 ans
- Poids supérieur ou égal à 40 kg
- Absence de grossesse ou allaitement
- Absence d'allergie au remdésivir ou ses composantes
- ALT inférieur à 5 fois la limite de la normale
- Clcr égale ou supérieure à 30 mL/min
- Patient hospitalisé pour la COVID nécessitant une oxygénothérapie non invasive
- Si cette demande est pour une prolongation, absence d'amélioration après 5 jours de traitement initial au remdésivir

Spécifier la durée des signes et symptômes associés à l'infection :

- moins de 10 jours depuis l'apparition des signes et symptômes
- plus de 10 jours depuis l'apparition des signes et symptômes

Autre (s) : \_\_\_\_\_

**Comme médecin demandeur / traitant :**

- Je confirme que j'ai obtenu au moins de façon verbale le consentement libre et éclairé de l'usager ou de son représentant, le cas échéant, quant au recours éventuel à ce plan de traitement.
- Je confirme que je vais assurer la documentation écrite au dossier de l'usager des plans de surveillance clinique de l'efficacité et de l'innocuité et que je vais cesser le traitement en cas d'échec thérapeutique ou d'intolérance au traitement.
- Je confirme que le recours au remdésivir chez cet usager est judicieux, c'est-à-dire qu'il tient compte :
  - des quantités limitées du médicament; et
  - que cet usager est parmi ceux qui ont le potentiel d'en tirer le plus grand bénéfice.
- Je confirme que je suis en accord avec les informations d'évaluation de la condition du patient précisées dans ce formulaire.

Nom du médecin demandeur/traitant

Signature

Permis

aaaa/mm/jj

**DEMANDE D'ACCÈS AU REMDÉSIVIR  
COMITÉ AVISEUR AD HOC**

**Décision du comité approbateur du remdésivir :**  Acceptation  Refus

Justification, s'il y a lieu :

---



---



---



---

La demande est évaluée par les membres du comité aviseur *ad hoc* du remdésivir (composé d'un ou des médecin(s) spécialiste(s) évaluateur(s) impliqués étroitement dans la prise en charge des patients COVID, du président du comité de pharmacologie et du chef du département clinique de pharmacie ou son adjoint le cas échéant).

La composition du comité est approuvée par le CMDP et est conforme à la procédure de gestion des médicaments hors formulaire du CISSS des Laurentides.

Un médecin évaluateur désigné informe verbalement le pharmacien à la distribution de l'installation de la décision du comité du comité aviseur *ad hoc* et lui fait parvenir, dès que possible, le formulaire complété par télécopieur.

Une copie du formulaire avec la décision sera acheminée par le pharmacien à la distribution à l'adresse du comité de pharmacologie pour comptabilisation et déclaration ministérielle : [comitepharmacologie.cissslau@ssss.gouv.qc.ca](mailto:comitepharmacologie.cissslau@ssss.gouv.qc.ca)

Nom du médecin évaluateur désigné	Signature	Permis	aaaa/mm/jj
-----------------------------------	-----------	--------	------------

### ANNEXE : Échelle de progression clinique – Échelle ordinale de l'OMS

ÉCHELLE DE PROGRESSION CLINIQUE		
Échelle ordinale de l'OMS <sup>1</sup>	Catégorisation	
	Stade	Échelon
1. En communauté, asymptomatique, ARN viral détecté 2. En communauté, symptomatique, sans besoin d'assistance 3. En communauté, symptomatique, besoin d'assistance 4. Hospitalisé, sans besoin d'oxygénation <sup>2</sup>	Léger	1, 2 ou 3
5. Hospitalisé, état nécessitant une oxygénation par masque ou lunette nasale (O <sub>2</sub> +) 6. Hospitalisé, état nécessitant une oxygénation nasale à haut débit <b>OU</b> une ventilation mécanique non invasive (O <sub>2</sub> ++)	Modéré	4 ou 5
7. Hospitalisé, état nécessitant une ventilation mécanique invasive (pO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> ≥ 150 <b>OU</b> SpO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> ≥ 200 [O <sub>2</sub> +++]) <b>ET</b> une intubation 8. Hospitalisé, état nécessitant une ventilation mécanique invasive (pO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> < 150 <b>OU</b> SpO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> < 200 [O <sub>2</sub> +++]) <b>OU</b> un vasopresseur 9. Hospitalisé, état nécessitant une ventilation mécanique invasive (pO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> < 150 [O <sub>2</sub> +++]) <b>ET</b> un vasopresseur <b>OU</b> une dialyse <b>OU</b> ECMO 10. Mort	Sévère à critique	6, 7, 8, ou 9

1. WHO Working Group. *A minimal common outcome measure set for COVID-19 clinical research*. The Lancet Infectious diseases 2020;20(8):e192-e7.

2. Si le sujet est hospitalisé uniquement pour un isolement (sans besoin d'oxygénation ou de soins médicaux), le classer comme sujet en communauté.

Acronymes et abréviations: pO<sub>2</sub> : pression partielle en oxygène; FiO<sub>2</sub> : fraction inspirée en oxygène; SpO<sub>2</sub> : saturation pulsée en oxygène; ECMO : oxygénation extracorporelle par membrane

\*Figure extraite de l'INESSS : COVID -19 Outil clinique - Remdésivir (publié en ligne le 14 octobre 2020).