



## DEMANDE D'ACCÈS AU TOCILIZUMAB – USAGER HOSPITALISÉ COVID-19 (DNMP)

Le médecin intensiviste (ou le médecin autorisé par l'intensiviste) qui désire prescrire ce traitement à un usager doit compléter et télécopier le formulaire avec l'OIS # Tocilizumab au département clinique de pharmacie du CISSS des Laurentides.

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

L'usager doit répondre aux critères définis par l'INESSS : « Biothérapies dirigées contre l'interleukine 6 ou son récepteur (mise à jour complétée 2021-01-25) ».

Le formulaire sera acheminé par le pharmacien de la distribution au comité de pharmacologie pour évaluation rétrospective, ainsi que pour comptabilisation et déclaration ministérielle.

Un formulaire séparé doit être rempli par le médecin pour la 1<sup>ère</sup> dose et la 2<sup>e</sup> dose s'il y a lieu. Celui-ci est disponible sur Intranet dans la section [COVID-19 Coronaravirus](#) → [COVID employé](#) → [DC Département de pharmacie](#).

<p><b>Description du médicament</b> Nom générique (commercial), posologie  <i>Usage combiné avec corticothérapie obligatoire</i></p>	<p><b>TOCILIZUMAB (Actemra<sup>MD</sup>)</b> 1<sup>ère</sup> dose <input type="checkbox"/> 8 mg/kg IV x 1 (maximum 800 mg)  2<sup>e</sup> dose (12 à 24 heures post 1<sup>ère</sup> dose si amélioration clinique insuffisante) <input type="checkbox"/> 8 mg/kg IV x 1 (maximum 800 mg)</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 de l'usager</b></p>	<p><b>ÉVALUATION DE L'ÉTAT CLINIQUE :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ventilation mécanique invasive <input type="checkbox"/> Ventilation mécanique non invasive <input type="checkbox"/> Oxygénation à haut débit</p> <p>Commentaires : _____</p> <p>Temps écoulé depuis l'initiation du support respiratoire <input type="checkbox"/> Inférieur ou égal à 24 heures</p> <p>Temps écoulé depuis le début de l'hospitalisation <input type="checkbox"/> Inférieur ou égal à 14 jours</p>		
<p>Nom du médecin traitant</p>	<p>Signature</p>	<p>Permis</p>	<p>aaaa/mm/jj</p>

**3. Critères cliniques**

Considérant les potentielles difficultés d'approvisionnement du tocilizumab, 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 18 ans\*
- Absence de grossesse ou allaitement\*
- Absence d'allergie au tocilizumab ou ses composantes\*\*
- Alanine aminotransférase (ALT) ou aspartate aminotransférase (AST) inférieure à 5 fois la limite supérieure de la normale
- Plaquettes égales ou supérieures à  $50 \times 10^9$  L
- Neutrophiles égaux ou supérieurs à  $2 \times 10^9$  L
- Absence d'une infection active et sévère coexistante
- Absence de condition ou d'un traitement préexistant résultant en une immunosuppression continue
- Usager hospitalisé pour la COVID nécessitant une oxygénothérapie à haut débit ou une ventilation mécanique (invasive /non invasive)
- Mort improbable dans les 24 heures
- Pas de sortie attendue de l'hôpital dans les prochaines 24 heures
- Si cette demande est pour une prolongation, absence d'amélioration 12-24 heures post 1<sup>ère</sup> dose

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

\*L'initiation chez l'enfant, la femme enceinte ou qui allaite est à évaluer au cas par cas par le médecin.

\*\*Composantes: phosphate disodique dodécahydraté, polysorbate 80, dihydrate de phosphate de sodium dihydrogéné et saccharose.

**Précautions additionnelles à considérer par rapport au tocilizumab:**

- Pourrait exacerber l'herpès, (en particulier le zona).
- Pourrait augmenter le risque de perforation gastro-intestinale chez les usagers ayant un antécédent d'ulcère et/ou de diverticulite.
- Pourrait réactiver l'hépatite B et/ou C.
- Utiliser prudemment en présence de sclérose en plaques ou autres polyneuropathies démyélinisantes (impact inconnu).
- Utiliser prudemment en présence d'un antécédent de cancer ou cancer actif (associé à des néoplasies secondaires).
- À éviter chez les usagers avec maladie hépatique active ou insuffisance hépatique (associé à une atteinte hépatique médicamenteuse sévère).
- Les vaccins vivants ou vivants atténués sont à éviter pendant le traitement avec le tocilizumab.

**En tant que médecin 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 tocilizumab chez cet usager est judicieux, c'est-à-dire qu'il tient compte :
  - des quantités potentiellement 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 de l'usager précisées dans ce formulaire.

Nom du médecin traitant

Signature

Permis

aaaa/mm/jj