

# ORDONNANCE INDIVIDUELLE PRÉIMPRIMÉE

## Usage de tixagévimab / cilgavimab (Evusheld<sup>MC</sup>) en prophylaxie préexposition

Date de rédaction : \_\_\_\_\_

### IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro d'assurance maladie :

Cette ordonnance représente l'originale et ne sera pas réutilisée.

### IDENTIFICATION DE LA PHARMACIE DU PATIENT (OU DU PHARMACIEN)

Nom : \_\_\_\_\_

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

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES DU PATIENT

<b>Exclusion diagnostic de COVID-19</b>	Présence de symptômes : _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui, test RT-PCR requis)	
	Résultat du test RT-PCR (TAAN): <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date du test : _____	
<b>Statut vaccinal<sup>1</sup></b>	<input type="checkbox"/> Primovaccination complète	Nombre de dose(s) de rappel : _____  <i>! S'assurer que la personne est à jour dans ses doses de rappel. Se référer aux avis du comité sur l'immunisation du Québec le cas échéant.</i>
	<input type="checkbox"/> Primovaccination incomplète	
	<input type="checkbox"/> Absence de vaccination Justification médicale <sup>2</sup> : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, préciser : _____	

### INDICATION

Les **personnes de 18 ans et plus non infectées par le SRAS-CoV-2 pourraient être admissibles** au traitement prophylactique par l'association tixagévimab / cilgavimab si elles rencontrent les critères suivants :

- Immunosuppression sévère, quel que soit leur statut vaccinal, selon le jugement du clinicien, SI dernière dose de vaccin contre la COVID-19 reçue il y a 14 jours ou plus

**OU**

- Aucune vaccination contre la COVID-19 ou primovaccination incomplète justifiée\* **ET** absence d'alternative **ET** au moins un [facteur de risque de développer des complications de la COVID-19](#)

Pourraient être considérées comme présentant une **immunosuppression sévère<sup>3</sup>**, les personnes ayant :

- subi une transplantation d'organe solide et recevant des traitements immunosuppresseurs

<sup>1</sup> Sont considérées comme ayant une primovaccination complète, les personnes :

- ayant reçu au moins un schéma vaccinal complet avec la 2<sup>e</sup> dose depuis ≥ 7 jours OU;
- ayant reçu une dose de vaccin de Johnson & Johnson depuis ≥ 14 jours;
- consulter les [recommandations du comité sur l'immunisation du Québec](#) concernant les doses de rappel pour les personnes immunosupprimées ou ayant recours à l'hémodialyse;
- une infection contractée il y a 3 à 6 mois pourrait protéger contre une hospitalisation en cas de réinfection, d'autant plus si au moins une dose de vaccin a été reçue avant ou après.

<sup>2</sup> Allergie confirmée et échec de désensibilisation (ou désensibilisation contre-indiquée pour des raisons médicales) ou antécédent de myocardite liée à un vaccin contre la COVID-19.

<sup>3</sup> Ne sont pas considérées comme immunosupprimées sévères 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 TNFα, IL-1, IL-6, IL-17/23, intégrines) ainsi qu'un inhibiteur des Janus kinases utilisé en monothérapie OU une corticothérapie considérée comme non immunosuppressive OU un antimétabolite en monothérapie comme le méthotrexate OU une combinaison d'immunosuppresseurs pour lesquels le risque de complication de COVID-19 est jugé non significatif (p. ex. combinaison de biothérapies dirigées contre des médiateurs spécifiques de l'inflammation ou leurs récepteurs, combinaison méthotrexate et biothérapie dirigée contre un médiateur spécifique de l'inflammation ou son récepteur). Cette liste non exhaustive ne se substitue pas au jugement du clinicien.

- une thérapie anti-cellule B (anticorps monoclonaux ciblant le CD19, le CD20, le CD22, le CD30, et BAFF (p. ex. ocrélizumab, rituximab, ofatumumab, alemtuzumab, obinutuzumab, blinatumomab, daratumumab, basiliximab, brentuximab, belimumab, globulines anti-thymocytes))
- un traitement par récepteurs d'antigènes chimériques (CAR-T) ou greffe de cellules souches hématopoïétiques jusqu'à la reconstitution immunitaire complète
- un déficit immunitaire primaire sous [traitement substitutif d'immunoglobulines humaines non spécifiques intraveineuses \(IgIV\) ou sous-cutanés \(IgSC\)](#) (p.ex. immunodéficience commune variable, déficit immunitaire combiné).
- un traitement actif d'une tumeur solide ou d'un cancer hématologique jugé fortement immunosuppresseur par le médecin traitant<sup>4</sup>
- une infection avec le virus de l'immunodéficience humaine non traitée de stade 3 ou avancée ou personne atteinte du syndrome d'immunodéficience acquise (lymphocyte T CD4 moins de 200)
- un agent alkylant dans le traitement de maladie rhumatologique (p.ex. cyclophosphamide)
- un traitement avec un corticostéroïde à [forte dose](#) (soit au moins 20 mg/jour de prednisone, ou [l'équivalent](#)) minimalement trois semaines

*Pour plus de détails, consulter [l'outil clinique](#) et la [réponse rapide](#)*

## CONTRE-INDICATIONS

- Antécédents de réaction d'hypersensibilité graves à ce médicament ou l'un des ingrédients inclus dans sa formulation (voir [monographie de produit](#));
- Enfants de < 12 ans et < 40 Kg.

## PRÉCAUTIONS

- Personne à haut risque d'évènements cardiovasculaires ou thromboemboliques.
- Personnes de moins de 18 ans ( $\geq 12$  ans  $\geq 40$  Kg) à risque de développer des complications de la COVID-19 selon critères ci-haut, à moins d'une consultation avec des spécialistes en pédiatrie et en immunologie.
- Femme enceinte à risque de développer des complications de la COVID-19 selon critères ci-haut, à moins d'une consultation avec des spécialistes en médecine materno-foetale.

## PRESCRIPTION DU TRAITEMENT

300 mg de la combinaison tixagévimab / cilgavimab, I.M.

- **Tixagévimab** (fiole de 150 mg);
- **Cilgavimab** (fiole de 150 mg).

Administrer 150 mg de tixagévimab et 150 mg de cilgavimab par injections intramusculaires séquentielles et distinctes à des points d'injection différents, de préférence une dans chacun des muscles fessiers, sinon des muscles vastes externes.

Surveillance : au moins 30 minutes.

## IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Nom, prénom :

Numéro de permis d'exercice :

Numéro de téléphone (direct idéalement) :

Adresse de correspondance :

Signature :

<sup>4</sup> Certaines thérapies biologiques ciblées ne sont pas considérées comme immunosuppresseives.