



DT9616

## DEMANDE POUR IMMUNOGLOBULINES NON SPÉCIFIQUES INTRAVEINEUSES (IGIV) EN IMMUNOLOGIE

Nom et prénom de l'utilisateur			
Dossier		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
RAMQ		Date de naissance Année Mois Jour	
Établissement			
Provenance (unité de soins)			

Section A : Prescripteur et type de demande			Toutes les sections sont obligatoires
Date de la demande année mois jour	Prescripteur (en caractères d'imprimerie)	Service demandeur ou Service de traitement	
<input type="checkbox"/> Demande initiale : Durée : <input type="checkbox"/> Tx unique <input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois (maximum pour « indications possibles ») <input type="checkbox"/> 6 mois (maximum) <input type="checkbox"/> Autre _____ Début de traitement : <input type="checkbox"/> moins de 24 heures <input type="checkbox"/> 3 jours <input type="checkbox"/> Autre _____			
<input type="checkbox"/> Renouvellement de la demande : Durée : <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 6 mois <input type="checkbox"/> 12 mois (maximum) <input type="checkbox"/> Autre _____			

Section B : Indication clinique et informations sur l'utilisateur	Indications recommandées <sup>R</sup> Indications possibles <sup>E ou I</sup>
<input type="checkbox"/> Déficit immun. affectant l'immunité cellulaire et humorale (785) <sup>R</sup> <input type="checkbox"/> DI combiné avec caractéristiques associées/syndromiques (787) <sup>R</sup> <input type="checkbox"/> Hypogammaglobulinémie secondaire à un cancer hématologique (819) <sup>R</sup> <b>Hypogammaglobulinémie secondaire aux Tx :</b> <input type="checkbox"/> Anti-lymph.B / immunosuppresseurs. / anti-néoplasique. / anti-épileptique (825) <sup>E</sup> <input type="checkbox"/> Anti-plasmocyte (826) <sup>I</sup> <input type="checkbox"/> CAR T-cell (827) <sup>R</sup> <input type="checkbox"/> Chylothorax / entéropath.exsud / lymphang.intest / lymphœd. / synd.néph. (820) <sup>E</sup> <input type="checkbox"/> Plasmaphérèse (828) <sup>E</sup> <input type="checkbox"/> Autre indication – spécifier (obligatoire : se référer à la liste au verso*) : _____ Diagnostic exact / défaut génétique / autres particularités : _____	<b>Déficits principalement en anticorps :</b> <input type="checkbox"/> Agammaglobulinémie (711) <sup>R</sup> <input type="checkbox"/> Syndrome de Good (936) <sup>R</sup> <input type="checkbox"/> Déficit immunitaire commun variable (771) <sup>R</sup> <input type="checkbox"/> Déficit en anticorps spécifiques avec un taux normal d'Ig (764) <sup>E</sup> <input type="checkbox"/> Déficit en sous-classe IgG2 (768) <sup>E</sup> <input type="checkbox"/> Déficit en sous-classe d'IgG autre que IgG2 (767) <sup>I</sup> <input type="checkbox"/> Hypogammaglobulinémie transitoire (enfant) (832) <sup>E</sup> <input type="checkbox"/> Mutation gain de fonction de CARD11 (851) <sup>E</sup> <input type="checkbox"/> Syndrome Hyper IgM (950) <sup>R</sup>

Section C : Information sur la dose		Le calculateur de dose doit être utilisé selon les instructions au verso	
Taux d'IgG : Prétraitement initial _____ g/L Taux d'IgG sur Tx actuel : _____ g/L Taux d'IgG cible _____ à _____ g/L			
Taille de l'utilisateur : _____ cm	Poids de l'utilisateur : _____ kg	*Poids selon le calculateur : _____ kg	Antécédents d'infections récurrentes : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Tx unique	Total _____ g/kg = _____ g; répartis sur _____ jours ou préciser g/jour : J1 _____ J2 _____ J3 _____ J4 _____ J5 _____		
<input type="checkbox"/> Tx d'entretien	Total _____ g/kg = _____ g; répartis sur _____ jours, à chaque _____ semaine(s)	Nombre de doses : _____ ou Durée : _____ mois	
<input type="checkbox"/> Dosage calculé selon : <input type="checkbox"/> *le poids en g/kg (Tx initial) <input type="checkbox"/> le taux résiduel d'IgG <input type="checkbox"/> autre _____			
Signature du prescripteur	N° de permis	Date	<input type="checkbox"/> Même que la date de demande Année Mois Jour

**Acheminer le formulaire à la banque de sang**

Section D : Réserve à la banque de sang	
<input type="checkbox"/> Prescription vérifiée par (signature du professionnel désigné) : _____ N° de permis : _____ Dose ajustée : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, ajustée à : _____ Autorisée par (signature du médecin responsable ou délégué) : _____ N° de permis : _____	

**Les « indications recommandées » sont identifiées sur le formulaire en caractères gras avec la lettre « R »**

Les « indications possibles » en caractères normaux désignent celles pour lesquelles les Ig sont :

- « envisageables en option de traitement » avec la lettre « E »;
- « données insuffisantes » identifiées par la lettre « I ».

### Critères d'acceptation des demandes pour les Ig non spécifiques :

- **Formulaire dûment rempli** : Un formulaire incomplet ne sera traité qu'à la réception d'un formulaire rempli adéquatement.
- **Révision des ordonnances** : Les demandes d'Ig sont soumises à un processus de révision. Le prescripteur pourrait être interpellé afin que l'équipe de la médecine transfusionnelle valide l'ordonnance.
- **Posologie et conditions d'usages** : Consulter les liens ci-dessous pour des précisions relatives à la posologie et aux conditions d'usage pour les indications recommandées, envisageables en option de traitement, avec données insuffisantes ou non recommandées.

### Calculateur de dose ( <http://ivig.transfusionontario.org/dose/> )

En cas d'échec du lien d'ORBCoN : [https://www.albertahealthservices.ca/webapps/labservices/IVIG\\_Dosing\\_Calculator.htm](https://www.albertahealthservices.ca/webapps/labservices/IVIG_Dosing_Calculator.htm)

- **Le calculateur de dose devrait être utilisé** pour calculer des doses pour les usagers en surpoids ou obèses d'une taille minimale de 1,52 m (5 pieds) et/ou un poids minimum de 50 kg.
  - Le calculateur n'ajustera pas le poids des usagers de moins de 1,52 m (5 pieds) ou 50 kg ou dont le poids est inférieur à leur poids idéal.
- **Pour déterminer la dose pour une femme enceinte, le poids prégrossesse doit être utilisé dans le calculateur de dose.**
- **Calcul : Dose ajustée = Poids idéal + [0,4 x (actuel – poids idéal)]**
  - Si le poids actuel < poids idéal, le calculateur de dose utilisera le poids actuel pour calculer la dose.

Outil clinique – Immunoglobulines intraveineuses et sous-cutanées : [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Usage\\_optimal/Immunoglobulines/GUIDE\\_Immunoglobulines\\_intraveineuses\\_sous-cutanees.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Usage_optimal/Immunoglobulines/GUIDE_Immunoglobulines_intraveineuses_sous-cutanees.pdf)

### Autres indications en immunologie :

#### Défauts de l'immunité intrinsèque et innée

- **Syndrome de WHIM** (944) <sup>R</sup>

#### Déficits du complément :

- Déficit du complément associé à un syndrome similaire au lupus érythémateux disséminé (761) <sup>I</sup>

#### Maladies de la dysrégulation immunitaire :

- **Déficit en LRBA ou en CTLA4** (766) <sup>R</sup>
- Anomalies des lymphocytes T régulateurs associées à un syndrome de dérèglement immunitaire polyendocrinopathie entéropathie lié au chromosome X ou à un déficit en CD25 ou à un déficit en BACH2 (722) <sup>I</sup>
- Auto-immunités avec ou sans lymphoprolifération (740) <sup>I</sup>
- Mutation gain de fonction de STAT3 (852) <sup>E</sup>
- Syndromes de dérèglement immunitaire avec colite (933) <sup>I</sup>
- Syndromes lymphoprolifératifs liés à l'X et autres déficits immunitaires associés à une susceptibilité à l'EBV (952) <sup>E</sup>

#### Hypogammaglobulinémie secondaire à :

- Une dystrophie myotonique de Steinert (821) <sup>E</sup>
- La malnutrition (823) <sup>I</sup>
- Un grand brûlé (830) <sup>I</sup>

#### Phénocopies d'erreurs innées d'immunité :

- Phénocopies des déficits immunitaires primaires associées à des auto-anticorps (882) <sup>I</sup>

#### Troubles auto inflammatoires :

- Déficit en anticorps associés au dérèglement et déficit immunitaire lié à PLCg2 ou au déficit en ADA2 (763) <sup>E</sup>

#### Autres :

- \* Déficit immunitaire autre sans précision (770) <sup>E</sup>
- \* Déficit isolé en IgG primaire (773) <sup>E</sup>

\* Indication applicable pour la première ordonnance et valide 3 mois. Sauf exception, le diagnostic devra être précisé au moment du renouvellement. Si toujours pas connu à 3 mois, l'indication sera valide pour 6 mois maximum.

- Tx d'infections chez les nouveau-nés prématurés (967) <sup>E</sup>