



# DEMANDE POUR IMMUNOGLOBULINES NON SPÉCIFIQUES INTRAVEINEUSES (IGIV) OU SOUS-CUTANÉES (IGSC) EN RHUMATOLOGIE

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

| Section A : Prescripteur et type de demande                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                           | Toutes les sections sont obligatoires      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Date de la demande<br>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 _____<br>Début de traitement : <input type="checkbox"/> moins de 24 heures <input type="checkbox"/> 3 jours <input type="checkbox"/> Autre _____<br><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"/> Artérite de Takayasu (731) <sup>I</sup> <input type="checkbox"/> Lupus érythémateux disséminé (837) <sup>E</sup><br><input type="checkbox"/> Arthrite juvénile idiopathique (736) <sup>E</sup> <input type="checkbox"/> Lupus néonatal (838) <sup>E</sup><br><input type="checkbox"/> Fasciite éosinophilique (806) <sup>I</sup> <input type="checkbox"/> Maladie de Still de l'adulte (847) <sup>E</sup><br><input type="checkbox"/> Granulomatose avec polyangéite (syndrome de Wegener) (813) <sup>E</sup><br><input type="checkbox"/> Granulomatose éosinophilique avec polyangéite (Churg-Strauss) (814) <sup>E</sup><br><input type="checkbox"/> Kawasaki (834) <sup>R</sup><br>Myosite inflammatoire: Anticorps _____ <input type="checkbox"/> Ac inconnu<br><input type="checkbox"/> Myopathie auto-immune nécrosante (861) <sup>E</sup> <input type="checkbox"/> Dermatomyosite (781) <sup>E</sup><br><input type="checkbox"/> Myosite à inclusion + dysphagie sévère (863) <sup>E</sup> <input type="checkbox"/> Autre myosite (742) <sup>E</sup> | <input type="checkbox"/> Polyangéite microscopique (886) <sup>E</sup> <input type="checkbox"/> Polyartérite noueuse (887) <sup>I</sup><br><input type="checkbox"/> Sclérose systémique diffuse ou limitée (918) <sup>E</sup><br><input type="checkbox"/> Syndrome catastrophique des antiphospholipides (927) <sup>E</sup><br><input type="checkbox"/> Syndrome de chevauchement (antisynthétase inclus) (930) <sup>I</sup><br>Syndrome de → <input type="checkbox"/> Cogan (932) <sup>I</sup> <input type="checkbox"/> Sjögren (941) <sup>E</sup><br><input type="checkbox"/> Sneddon (942) <sup>I</sup> <input type="checkbox"/> Susac (943) <sup>I</sup><br><input type="checkbox"/> Vasculite urticarienne hypocomplémentémique (983) <sup>I</sup><br><input type="checkbox"/> Vasculite primaire du système nerveux central (982) <sup>I</sup><br><input type="checkbox"/> Vasculopathie au lévamisole (985) <sup>I</sup> |                                         |
| <input type="checkbox"/> Autre indication – spécifier : _____<br>Commentaires ou autres particularités : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |

| Section C : Information sur la dose                      |                                                                                                                        | Le calculateur de dose doit être utilisé selon les instructions au verso                 |                                                                         |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Taille de l'utilisateur : _____ cm                       | Poids de l'utilisateur : _____ kg                                                                                      | Poids selon le calculateur* : _____ kg                                                   | *Si calculateur non utilisé, préciser la raison : _____                 |
| <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)                                        |                                                                                          |                                                                         |
| <input type="checkbox"/> Dosage variable/sevrage : _____ |                                                                                                                        |                                                                                          | Nombre de doses : _____<br>ou Durée : _____ mois                        |
| Ig sous-cutané :                                         | <input type="checkbox"/> Tx unique _____ g/kg = _____ g                                                                | <input type="checkbox"/> Tx d'entretien : _____ g, _____ fois, à chaque _____ semaine(s) |                                                                         |
| Signature du prescripteur                                | N° de permis                                                                                                           | Date                                                                                     | <input type="checkbox"/> Même que la date de demande<br>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)