



DT9619

**DEMANDE POUR IMMUNOGLOBULINES NON
SPÉCIFIQUES INTRAVEINEUSES (IGIV) OU
SOUS-CUTANÉES (IGSC) EN DERMATOLOGIE,
EN INFECTIOLOGIE ET AUTRES***
*AUTRES PATHOLOGIES SANS FORMULAIRE SPÉCIFIQUE

Nom et prénom de l'utilisateur			
Dossier		Sexe ☐ M ☐ 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			
☐ Demande initiale : Durée : ☐ Tx unique ☐ 1 mois ☐ 3 mois (maximum pour « indications possibles ») ☐ 6 mois (maximum) ☐ Autre _____ Début de traitement : ☐ moins de 24 heures ☐ 3 jours ☐ Autre _____ ☐ Renouvellement de la demande : Durée : ☐ 3 mois ☐ 6 mois ☐ 12 mois (maximum) ☐ Autre _____					

Section B : Indication clinique et informations sur l'utilisateur		Indications recommandées ^R Indications possibles ^E ou I	
Dermatologie ☐ Dermatomyosite (781) ^E ☐ Dermatose bulleuse à IgA linéaire (783) ^I ☐ Épidermolyse bulleuse acquise (801) ^I ☐ Myxœdème pré tibial (866) ^E ☐ Pemphigoïdes (879) ^R	☐ Pemphigus (880) ^R ☐ Pyoderma gangrenosum (907) ^E ☐ Scléroderme (913) ^E ☐ Scléromyxœdème (914) ^E ☐ Vasculopathie lividoïde (986) ^E ☐ Xanthogranulome nécrobiotique (988) ^E	Infectiologie ☐ Cardiomyopathie virale chez l'enfant (749) ^E ☐ Fasciite nécrosante chez l'enfant (809) ^I ☐ Sepsis néonatal à entérovirus (921) ^I ☐ Rougeole – post exposition (usager à risque) (909) ^R SIM associé à la COVID ☐ adulte (922) ^I ☐ enfant (923) ^E ☐ Syndrome du choc toxique (931) ^E	Cardiologie : Myocardite aiguë sévère / fulminante → ☐ Adulte (858) ^E ☐ Enfant (857) ^E Fertilité : ☐ Échecs répétés d'implantation inexpliqués (789) ^E ☐ Fausses couches répétées inexpliquées (811) ^E Autre : ☐ Hémochromatose néonatale (816) ^R ☐ Syndrome de fuite capillaire systémique → : ☐ Prévention (935) ^R ☐ Tx de crise (934) ^I ☐ Autre indication – spécifier : _____ 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 : _____
☐ Tx unique	Total _____ g/kg = _____ g; répartis sur _____ jours ou préciser g/jour : J1 _____ J2 _____ J3 _____ J4 _____ J5 _____		
☐ Tx d'entretien	Total _____ g/kg = _____ g; répartis sur _____ jours, à chaque _____ semaine(s)		
☐ Dosage variable/sevrage : _____			Nombre de doses : _____ ou Durée : _____ mois
Ig sous-cutanée :	☐ Tx unique _____ g/kg = _____ g	☐ Tx d'entretien : _____ g, _____ fois, à chaque _____ semaine(s)	
Signature du prescripteur	N° de permis	Date	☐ 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	
☐ Prescription vérifiée par (signature du professionnel désigné) : _____	N° de permis : _____
Dose ajustée : ☐ Non ☐ 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

- **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