



DT9618

DEMANDE POUR IMMUNOGLOBULINES NON SPÉCIFIQUES INTRAVEINEUSES (IGIV) OU SOUS-CUTANÉES (IGSC) EN TRANSPLANTATION D'ORGANES SOLIDES

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}
Prévention d'un rejet de greffe chez un receveur d'une greffe de : ☐ foie (893) ^E ☐ rein / cœur / poumon / pancréas / d'intestin grêle (892) ^E ☐ Prévention d'un rejet de greffe chez une personne hyperimmunisée qui a reçu une transplantation de foie (894) ^I ☐ Prévention des infections au virus respiratoire syncytial, chez un receveur d'une transplantation d'organe solide (899) ^I ☐ Autre indication – spécifier : _____ Commentaires ou autres particularités : _____	☐ Tx d'un rejet de greffe chez un receveur d'une greffe d'organe solide : ☐ rejet aigu (973) ^E ☐ rejet humoral chronique (974) ^I Tx d'une infection chez un receveur d'une greffe d'organe solide : ☐ au parvovirus B19 (968) ^E ☐ au polyomavirus BK (969) ^E ☐ au virus respiratoire syncytial, du Nil occidental ou à l'adénovirus (971) ^I	

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