



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 <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^R** **Indications possibles^{E ou I}**

Prévention d'un rejet de greffe chez un receveur d'une greffe de : <input type="checkbox"/> foie (893) ^E <input type="checkbox"/> rein / cœur / poumon / pancréas / d'intestin grêle (892) ^E <input type="checkbox"/> Prévention d'un rejet de greffe chez une personne hyperimmunisée qui a reçu une transplantation de foie (894) ^I <input type="checkbox"/> Prévention des infections au virus respiratoire syncytial, chez un receveur d'une transplantation d'organe solide (899) ^I	<input type="checkbox"/> Tx d'un rejet de greffe chez un receveur d'une greffe d'organe solide : <input type="checkbox"/> rejet aigu (973) ^E <input type="checkbox"/> rejet humoral chronique (974) ^I Tx d'une infection chez un receveur d'une greffe d'organe solide : <input type="checkbox"/> au parvovirus B19 (968) ^E <input type="checkbox"/> au polyomavirus BK (969) ^E <input type="checkbox"/> au virus respiratoire syncytial, du Nil occidental ou à l'adénovirus (971) ^I
<input type="checkbox"/> 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 : _____
<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 variable/sevrage :	_____		
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 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

- **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