



DT9490

**Demande pour immunoglobulines  
non spécifiques intraveineuses (IgIV)  
pour indications AUTRES QUE NEUROLOGIQUES**

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

**Section A : Prescripteur et type de requête** **Toutes les sections sont obligatoires**

Date de la requête (aaaa/mm/jj) :	Date prévue du traitement (aaaa/mm/jj) :	N° Requête(s) (réservé à la banque de sang) :
Médecin prescripteur (en caractères d'imprimerie) :		Endroit où les Ig seront administrées :
Requête initiale (approuvée pour un maximum de 6 mois) <input type="checkbox"/> Dose unique <input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 6 mois	Renouvellement de requête : Une réévaluation doit être faite pour confirmer l'efficacité du traitement et pour que la dose minimale requise soit prescrite (approuvée pour un maximum de 12 mois) <input type="checkbox"/> 6 mois <input type="checkbox"/> 12 mois	

**Section B : Informations sur l'utilisateur et indication clinique**

Commentaires ou autres particularités :

Spécialité	Indications approuvées (Les précisions sur les doses et usages sont présentées au verso)
IMMUNOLOGIE	<b>Résultat dosage IgG prédose :</b> _____ <input type="checkbox"/> Déficience immunitaire primaire (DIP) <input type="checkbox"/> Déficience immunitaire secondaire (DIS)
HÉMATOLOGIE	<input type="checkbox"/> Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques (en prévention des infections) <input type="checkbox"/> Thrombopénie immunitaire aiguë <b>Résultat numération plaquettaire :</b> _____ X10 <sup>9</sup> /L <input type="checkbox"/> Thrombopénie allo-immune fœtale ou néonatale <input type="checkbox"/> Nouveau-né <input type="checkbox"/> Femme enceinte
RHUMATOLOGIE	<input type="checkbox"/> Maladie de Kawasaki
DERMATOLOGIE	<input type="checkbox"/> Pemphigus <input type="checkbox"/> Pemphigoïde
INFECTIOLOGIE	<input type="checkbox"/> Choc toxique au staphylocoque <input type="checkbox"/> Fasciite streptococcique invasive du groupe A avec choc toxique associé
TRANSPLANTATION D'ORGANE	<input type="checkbox"/> Greffe rénale d'un donneur vivant chez un usager sensibilisé <input type="checkbox"/> Prégreffe cardiaque <input type="checkbox"/> Périgreffe (cœur, poumon, rein, pancréas) <input type="checkbox"/> Rejet postgreffe : <input type="checkbox"/> Aigu <input type="checkbox"/> Chronique

Autres indications (spécifier le diagnostic) :

**Section C : Information sur la dose**

**Le calculateur de dose doit être utilisé selon les instructions présentées au verso : <http://ivig.transfusionontario.org/dose/>**

Taille de l'utilisateur : \_\_\_\_\_ cm Poids de l'utilisateur : \_\_\_\_\_ kg Poids de dosage selon le calculateur : \_\_\_\_\_ kg  S. O.

Dose unique \_\_\_\_\_ g/kg = \_\_\_\_\_ g; répartis sur \_\_\_\_\_ jours ou \_\_\_\_\_ jour1 \_\_\_\_\_ jour 2 \_\_\_\_\_ jour 3

Dose d'entretien \_\_\_\_\_ g/kg = \_\_\_\_\_ g; répartis sur \_\_\_\_\_ jours; à un intervalle de \_\_\_\_\_ semaines; durée : \_\_\_\_\_ mois

Calculateur de dose utilisé?  Oui  S. O.  Non, préciser la raison :

**Section D : Signature du médecin prescripteur**

Date (aaaa/mm/jj) :	Heure :	Signature du médecin prescripteur :	N° de permis (lisible) :
---------------------	---------	-------------------------------------	--------------------------

**Acheminer une copie de ce formulaire à la banque de sang**

**Section E : Réserve à la banque de sang**

Dose vérifiée par (signature du technologiste ou de l'infirmière) : \_\_\_\_\_ N° de permis : \_\_\_\_\_

Dose ajustée :  Non  Oui, ajustée à : \_\_\_\_\_

autorisée par (signature du médecin) : \_\_\_\_\_ N° de permis : \_\_\_\_\_

**Généralités**

**Un formulaire incomplet sera retourné au prescripteur et la demande ne sera traitée qu'à la réception d'un formulaire rempli adéquatement.**

Le **calculateur de dose** devrait être utilisé pour le calcul des doses pour les usagers en situation de surpoids ou d'obésité clinique, mais il peut être employé de façon sécuritaire pour tout usager puisqu'il ne permet pas d'ajustement pour un usager de moins de 1,52 m (5 pieds) ou dont le poids est inférieur au poids idéal.

**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.

calculateur de dose ne **doit pas** être utilisé chez :

- un usager dont la taille est inférieure à 1,52 m (5 pieds)
- un usager dont le poids est inférieur à 50 kg
- une femme enceinte

Pour les DIP/DIS, le calculateur de dose peut être utilisé pour la dose initiale, mais ne s'applique pas nécessairement pour les traitements d'entretien. La dose est mesurée en fonction du niveau d'IgG et de l'évolution clinique.

**Des réactions hémolytiques causées par un anti-A ou un anti-B peuvent être observées**

Les signes d'hémolyse devraient être surveillés chez l'utilisateur.

Les doses et durées de traitement recommandées en hématologie, en immunologie et en dermatologie sont tirées des Guides d'usage optimal de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Consulter le lien suivant pour obtenir les précisions relatives aux conditions d'usage pour les indications approuvées : <https://www.inesss.qc.ca/outils-cliniques/outils-cliniques/outils-par-types/guides-dusage-optimal.html>

Pour les autres spécialités, les doses et durées de traitement sont issues des recommandations du Comité consultatif national sur le sang et les produits sanguins (NAC) et elles sont appuyées par le Comité consultatif national de médecine transfusionnelle (CCNMT).

Indications	Doses et durées de traitement recommandées pour les immunoglobulines non spécifiques intraveineuses
Déficience immunitaire primaire (DIP)	Indiqué si niveau d'IgG < 4 g/L et antécédent d'infections sévères ou récidivantes Adulte et enfant : dose initiale : 0,4 – 0,6 g/kg dose d'entretien : 0,4 – 0,6 g/kg toutes les 3 à 4 semaines Nouveau-né ou prématuré : consulter un néonatalogiste ou un immunologue pédiatrique Ajuster la dose en fonction du dosage pré-dose d'IgG et de la réponse clinique individuelle
Déficience immunitaire secondaire (DIS)	
Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques (en prévention des infections)	Adulte et enfant : 0,4 – 0,6 g/kg 1 fois par mois
Thrombopénie immune aiguë	Adulte : 1 à 2 g/kg (dose totale) répartis sur 2 à 5 jours Enfant : 1 g/kg en dose unique
Thrombopénie allo-immune fœtale ou néonatale	Nouveau-né : 1 g/kg en dose unique Femme enceinte : 1 g/kg en dose unique (max. 60 g) 1 à 2 fois par semaine
Maladie de Kawasaki	2 g/kg en 1 jour. Une 2e dose peut être administrée en cas d'absence de réponse après 24 heures
Pemphigus	Adulte : 2 g/kg (dose totale) répartie sur 2 à 5 jours Enfant : 0,2 à 2 g/kg (dose totale) répartie sur 1 à 5 jours
Pemphigoïde	
Choc toxique au staphylocoque	1 g/kg le premier jour et 0,5 g/kg par jour aux jours 2 et 3 OU 0,15 g/kg/jour pendant 5 jours
Fasciite streptococcique invasive du groupe A avec choc toxique associé	
Greffe rénale d'un donneur vivant chez un usager sensibilisé	2 g/kg/mois pendant 4 mois
Prégreffe cardiaque	Jusqu'à 1 g/kg/mois jusqu'à la transplantation
Périgreffe (cœur, poumon, rein, pancréas)	1 g/kg divisible si en association avec un traitement de plasmaphérèse
Rejet postgreffe	Aigu : 1 g/kg divisible si en association avec un traitement de plasmaphérèse Chronique : 1 g/kg/mois