



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

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}
☐ Artérite de Takayasu (731) ^I ☐ Lupus érythémateux disséminé (837) ^E ☐ Arthrite juvénile idiopathique (736) ^E ☐ Lupus néonatal (838) ^E ☐ Fasciite éosinophilique (806) ^I ☐ Maladie de Still de l'adulte (847) ^E ☐ Granulomatose avec polyangéite (syndrome de Wegener) (813) ^E ☐ Granulomatose éosinophilique avec polyangéite (Churg-Strauss) (814) ^E ☐ Kawasaki (834) ^R Myosite inflammatoire: Anticorps _____ ☐ Ac inconnu ☐ Myopathie auto-immune nécrosante (861) ^E ☐ Dermatomyosite (781) ^E ☐ Myosite à inclusion + dysphagie sévère (863) ^E ☐ Autre myosite (742) ^E	☐ Polyangéite microscopique (886) ^E ☐ Polyartérite noueuse (887) ^I ☐ Sclérose systémique diffuse ou limitée (918) ^E ☐ Syndrome catastrophique des antiphospholipides (927) ^E ☐ Syndrome de chevauchement (antisynthétase inclus) (930) ^I Syndrome de → ☐ Cogan (932) ^I ☐ Sjögren (941) ^E ☐ Sneddon (942) ^I ☐ Susac (943) ^I ☐ Vasculite urticarienne hypocomplémentémique (983) ^I ☐ Vasculite primaire du système nerveux central (982) ^I ☐ Vasculopathie au lévamisole (985) ^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-cutané :	☐ 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