



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'usager			
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'usager		Indications recommandées ^R		Indications possibles ^{E ou I}			
Dermatologie <input type="checkbox"/> Dermatomyosite (781) ^E <input type="checkbox"/> Dermatose bulleuse à IgA linéaire (783) ^I <input type="checkbox"/> Épidermolyse bulleuse acquise (801) ^I <input type="checkbox"/> Myxœdème pré tibial (866) ^E <input type="checkbox"/> Pemphigoïdes (879) ^R		<input type="checkbox"/> Pemphigus (880) ^R <input type="checkbox"/> Pyoderma gangrenosum (907) ^E <input type="checkbox"/> Sclérœdème (913) ^E <input type="checkbox"/> Scléromyxœdème (914) ^E <input type="checkbox"/> Vasculopathie livédoïde (986) ^E <input type="checkbox"/> Xanthogranulome nécrobiotique (988) ^E		Infectiologie <input type="checkbox"/> Cardiomyopathie virale chez l'enfant (749) ^E <input type="checkbox"/> Fasciite nécrosante chez l'enfant (809) ^I <input type="checkbox"/> Sepsis néonatal à entérovirus (921) ^I <input type="checkbox"/> Rougeole – post exposition (usager à risque) (909) ^R SIM associé à la COVID <input type="checkbox"/> adulte (922) ^I <input type="checkbox"/> enfant (923) ^E <input type="checkbox"/> Syndrome du choc toxique (931) ^E		Cardiologie : Myocardite aigüe sévère / fulminante → <input type="checkbox"/> Adulte (858) ^E <input type="checkbox"/> Enfant (857) ^E Fertilité : <input type="checkbox"/> Échecs répétés d'implantation inexplicables (789) ^E <input type="checkbox"/> Fausses couches répétées inexplicables (811) ^E Autre : <input type="checkbox"/> Hémochromatose néonatale (816) ^R <input type="checkbox"/> Syndrome de fuite capillaire systémique → : <input type="checkbox"/> Prévention (935) ^R <input type="checkbox"/> Tx de crise (934) ^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'usager : _____ cm	Poids de l'usager : _____ 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