



DT9615

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

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}
☐ Allogreffe de cellules souches (713) ^R ☐ PTI aiguë (901) ^R ☐ PTI chronique (902) ^E ☐ PTI grossesse (903) ^R PTI → Taux de plaquettes _____ x10 ⁹ /L ☐ Thrombopénie allo-immune fœtale ou néonatale (TAIFN) (962) ^R Hypogammaglobulinémie secondaire à : Résultat IgG pré-dose : _____ g/L Antécédents d'infections récurrentes : ☐ Oui ☐ Non ☐ Tx par CAR-Tcell (827) ^R ☐ Cancer hématologique (819) ^R ☐ Plasmaphérèse (828) ^E ☐ Tx anti-plasmocytes (826) ^I ☐ Tx anti-lymph.B / immunosuppresseurs/antinéoplasiques/antiépileptiques (825) ^E ☐ Autre indication – spécifier : _____ Commentaires ou autres particularités : _____ _____ _____	☐ Anémie hémolytique auto immune AHAI (721) ^E ☐ Aplasie érythrocytaire associée au parvovirus B19 (727) ^I ☐ Hémophilie acquise (817) ^I ☐ Maladie hémolytique du nouveau-né / fœtus MHNN(848) ^E ☐ Neutropénie auto-immunes (873) ^E ☐ Purpura post-transfusionnel (906) ^E ☐ Syndrome catastrophique des antiphospholipides (927) ^E ☐ Syndrome d'Evans (928) ^E ☐ Syndrome hyper hémolytique (949) ^E	

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