



DT9626

DEMANDE POUR IMMUNOGLOBULINES NON SPÉCIFIQUES SOUS-CUTANÉES (IGSC) EN IMMUNOLOGIE

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 (<i>en caractères d'imprimerie</i>)	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}**

<input type="checkbox"/> Déficit immun. affectant l'immunité cellulaire et humorale (785) ^R <input type="checkbox"/> DI combiné avec caractéristiques associées/syndromiques (787) ^R <input type="checkbox"/> Hypogammaglobulinémie secondaire à un cancer hématologique (819) ^R Hypogammaglobulinémie secondaire aux Tx : <input type="checkbox"/> Anti-lymph.B / immunosuppresseurs. / anti-néoplasique. / anti-épileptique(825) ^E <input type="checkbox"/> Anti-plasmocyte(826) ^I <input type="checkbox"/> CAR T-cell (827) ^R <input type="checkbox"/> Chylothorax / entéropath.exsud/ lymphang.intest/ lymphœd./synd.néph.(820) ^E <input type="checkbox"/> Plasmaphérèse (828) ^E <input type="checkbox"/> Autre indication – Spécifier (obligatoire : se référer à la liste au verso*)	Déficits principalement en anticorps : <input type="checkbox"/> Agammaglobulinémie (711) ^R <input type="checkbox"/> Syndrome de Good (936) ^R <input type="checkbox"/> Déficit immunitaire commun variable (771) ^R <input type="checkbox"/> Déficit en anticorps spécifiques avec un taux normal d'Ig (764) ^E <input type="checkbox"/> Déficit en sous-classe IgG2 (768) ^E <input type="checkbox"/> Déficit en sous-classe d'IgG autre que IgG2 (767) ^I <input type="checkbox"/> Hypogammaglobulinémie transitoire (enfant) (832) ^E <input type="checkbox"/> Mutation gain de fonction de CARD11 (851) ^E <input type="checkbox"/> Syndrome Hyper IgM (950) ^R
Diagnostic exact / défaut génétique / autres particularités :	

Section C : Information sur la dose **Le calculateur de dose doit être utilisé selon les instructions au verso**

Taux d'IgG : Prétraitement initial _____ g/L Taux d'IgG sur Tx actuel : _____ g/L Taux d'IgG cible _____ à _____ g/L			
Taille de l'utilisateur : _____ cm	Poids de l'utilisateur : _____ kg	*Poids selon le calculateur : _____ kg	Antécédents d'infections récurrentes : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Tx unique	Total _____ g/kg = _____ g		Formats à privilégier si disponibles : <input type="checkbox"/> fiole <input type="checkbox"/> seringue <input type="checkbox"/> 1 g <input type="checkbox"/> 2 g <input type="checkbox"/> 4 g <input type="checkbox"/> 10 g
<input type="checkbox"/> Tx d'entretien	Total _____ g _____ fois, à chaque _____ semaine(s)	Nombre de doses : _____ ou Durée : _____ mois	
<input type="checkbox"/> Dosage calculé selon : <input type="checkbox"/> *le poids en g/kg (Tx initial) <input type="checkbox"/> le taux résiduel d'IgG <input type="checkbox"/> autre _____			
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

Autres indications en immunologie :

Défauts de l'immunité intrinsèque et innée

- **Syndrome de WHIM** (944)^R

Déficits du complément :

- Déficit du complément associé à un syndrome similaire au lupus érythémateux disséminé (761)^I

Maladies de la dysrégulation immunitaire :

- **Déficit en LRBA ou en CTLA4** (766)^R
- Anomalies des lymphocytes T régulateurs associées à un syndrome de dérèglement immunitaire polyendocrinopathie entéropathie lié au chromosome X ou à un déficit en CD25 ou à un déficit en BACH2 (722)^I
- Auto-immunités avec ou sans lymphoprolifération (740)^I
- Mutation gain de fonction de STAT3 (852)^E
- Syndromes de dérèglement immunitaire avec colite (933)^I
- Syndromes lymphoprolifératifs liés à l'X et autres déficits immunitaires associés à une susceptibilité à l'EBV (952)^E

Hypogammaglobulinémie secondaire à :

- Une dystrophie myotonique de Steinert (821)^E
- La malnutrition (823)^I

Phénocopies d'erreurs innées d'immunité :

- Phénocopies des déficits immunitaires primaires associées à des auto-anticorps (882)^I

Troubles auto inflammatoires :

- Déficit en anticorps associés au dérèglement et déficit immunitaire lié à PLCg2 ou au déficit en ADA2 (763)^E

Autres :

- * Déficit immunitaire autre sans précision (770)^E
- * Déficit isolé en IgG primaire (773)^E

* Indication applicable pour la première ordonnance et valide 3 mois. Sauf exception, le diagnostic devra être précisé au moment du renouvellement. Si toujours pas connu à 3 mois, l'indication sera valide pour 6 mois maximum.