



DT9488

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

| | | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| 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"/> Myasthénie grave sévère/crise/pré-op (854) ^R <input type="checkbox"/> MG - entretien (853) ^E <input type="checkbox"/> Neuropathie motrice multifocale (869) ^R <input type="checkbox"/> PIDC Polyneuropathie inflammatoire démyélinisante chronique (884) ^R <input type="checkbox"/> Syndrome de Guillain-Barré (ou variante ex. Miller Fischer) (337) ^R Myosite inflammatoire: Anticorps _____ <input type="checkbox"/> Ac inconnu <input type="checkbox"/> Dermatomyosite (781) ^E <input type="checkbox"/> Myopathie auto-immune nécrosante (861) ^E <input type="checkbox"/> Myosite à inclusion + dysphagie sévère (863) ^E <input type="checkbox"/> Autre myosite inflammatoire (742) ^E | Encéphalite auto-immune : <input type="checkbox"/> Anticorps _____ (791) ^I <input type="checkbox"/> Ac inconnu (792) ^I <input type="checkbox"/> Encéphalite de Rasmussen (793) ^E Syndrome démyélinisant du SNC : <input type="checkbox"/> ADEM - Encéphalomyélite aiguë disséminée (795) ^E <input type="checkbox"/> Anti-MOG (724) ^I <input type="checkbox"/> Myélite transverse (856) ^I <input type="checkbox"/> Neuromyérite optique + anti-AQP4 (868) ^I <input type="checkbox"/> Syndrome myasthénique de Lambert-Eaton (954) ^E |
| <input type="checkbox"/> Autre indication – spécifier (obligatoire : se référer à la liste au verso*) : _____ 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 : _____ |
| <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

Autres indications en neurologie :

- Amyotrophie diabétique (716) ^I
- Maladie cérébrale inflammatoire rate + symptôme sévères (épilepsie, hémiparésie, déficit neurologique (842) ^I
- Neuropathie paranéoplasique (870) ^I
- PANDAS - Troubles neuropsychiatriques pédiatriques auto-immuns associés aux infections streptococciques (876) ^I
- Sclérose en plaques rémittente (916) ^E
- Syndrome de la personne raide (839) ^E
- Syndrome opsomyoclonique (956) ^E