

Medecin prescripteur (en caracteres d'imprimerie) :	Endroit où les Ig seront administrees :
Requête initiale (approuvée pour un maximum de 6 mois) <input type="checkbox"/> Dose unique <input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 6 mois	Renouvellement de requête : Une réévaluation doit être faite pour confirmer l'efficacité du traitement et pour que la dose minimale requise soit prescrite (approuvée pour un maximum de 12 mois) <input type="checkbox"/> 6 mois <input type="checkbox"/> 12 mois

Section B : Informations sur l'usager et indication clinique
Commentaires ou autres particularités :
Indications approuvées (Respecter les doses et conditions d'usage présentées au verso)
<input type="checkbox"/> Polyneuropathie inflammatoire démyélinisante chronique (PIDC)
<input type="checkbox"/> Syndrome de Guillain-Barré (ou variante dont syndrome de Miller-Fisher)
<input type="checkbox"/> Neuropathie motrice multifocale
<input type="checkbox"/> Myasthénie grave
Autres indications (spécifier le diagnostic) :

Section C : Information sur la dose
<i>Le calculateur de dose doit être utilisé selon les instructions présentées au verso : http://ivig.transfusionontario.org/dose/</i>
Taille de l'usager : _____ cm Poids de l'usager : _____ kg Poids de dosage selon le calculateur : _____ kg <input type="checkbox"/> S. O.