



DT9488

**Demande pour immunoglobulines
non spécifiques intraveineuses (IgIV)
en NEUROLOGIE**

Nom et prénom de l'utilisateur	
Dossier :	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
RAMQ :	Date de naissance (aaaa/mm/jj)
Établissement :	
Provenance (unité de soins) :	

Section A : Prescripteur et type de requête		Toutes les sections sont obligatoires
Date de la requête (aaaa/mm/jj) :	Date prévue du traitement (aaaa/mm/jj) :	N° Requête(s) (réservé à la banque de sang) :
Médecin prescripteur (en caractères d'imprimerie) :		Endroit où les Ig seront administrées :
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'utilisateur 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
Le calculateur de dose doit être utilisé selon les instructions présentées au verso : http://ivig.transfusionontario.org/dose/
Taille de l'utilisateur : _____ cm Poids de l'utilisateur : _____ kg Poids de dosage selon le calculateur : _____ kg <input type="checkbox"/> S. O.
Dose unique _____ g/kg = _____ g; répartis sur _____ jours ou _____ jour1 _____ jour 2 _____ jour 3
Dose d'entretien _____ g/kg = _____ g; répartis sur _____ jours; à un intervalle de _____ semaines; durée : _____ mois
Calculateur de dose utilisé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> S. O. <input type="checkbox"/> Non, préciser la raison :

Section D : Signature du médecin prescripteur			
Date (aaaa/mm/jj) :	Heure :	Signature du médecin prescripteur :	N° de permis (lisible) :

Acheminer une copie de ce formulaire à la banque de sang

Section E : Réserve à la banque de sang
<input type="checkbox"/> Dose vérifiée par (signature du technologiste ou de l'infirmière) : _____ N° de permis : _____
Dose ajustée : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, ajustée à : _____
autorisée par (signature du médecin) : _____ N° de permis : _____

Nom et prénom de l'utilisateur

N° de dossier

Généralités

Un formulaire incomplet sera retourné au prescripteur et la demande ne sera traitée qu'à la réception d'un formulaire rempli adéquatement.

Le **calculateur de dose** devrait être utilisé pour le calcul des doses pour les usagers en situation de surpoids ou d'obésité clinique, mais il peut être employé de façon sécuritaire pour tout usager puisqu'il ne permet pas d'ajustement pour un usager de moins de 1,52 m (5 pieds) ou dont le poids est inférieur au poids idéal.

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.

calculateur de dose ne **doit pas** être utilisé chez :

- un usager dont la taille est inférieure à 1,52 m (5 pieds)
- un usager dont le poids est inférieur à 50 kg
- une femme enceinte

Des réactions hémolytiques causées par un anti-A ou un anti-B peuvent être observées

Les signes d'hémolyse devraient être surveillés chez l'utilisateur.

Indications	Doses et durées de traitement recommandées pour les immunoglobulines non spécifiques intraveineuses
Polyneuropathie inflammatoire démyélinisante chronique (PIDC)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En première intention pour incapacité sévère ou modérée ▪ En entretien, en monothérapie ou en association avec des immunosuppresseurs pour les usagers qui répondent aux Ig ▪ Dose initiale : 2 g/kg sur 2 à 5 jours ▪ Dose d'entretien : 0,4 à 1 g/kg aux 2 à 6 semaines (ou temps de rechute)
Syndrome de Guillain-Barré (ou variante dont syndrome de Miller-Fisher)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Idéalement dans les 2 premières semaines suivant l'apparition des symptômes ▪ Incapacité sévère ou modérée ▪ Dose : 2 g/kg sur 2 à 5 jours
Neuropathie motrice multifocale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En première intention ▪ Dose initiale : 2 g/kg sur 2 à 5 jours ▪ Dose d'entretien : 0,4 à 1 g/kg aux 2 à 6 semaines (ou temps de rechute)
Myasthénie grave	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En cas d'exacerbation grave ou de crise ▪ En préparation à une chirurgie si maladie mal contrôlée ▪ Dose unique totale : 2 g/kg sur 2 à 5 jours ▪ Une utilisation en traitement d'entretien doit être justifiée

Les doses et durées de traitement recommandées en neurologie sont tirées du *Guide d'usage optimal des immunoglobulines en neurologie* élaboré par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Consulter le lien suivant pour obtenir les précisions relatives aux conditions d'usage pour les indications approuvées :

<https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/usage-optimal-des-immunoglobulines-en-neurologie.html>