

Requête initiale (approuvée pour un maximum de 6 mois)

Dose unique 1 mois 3 mois 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) 6 mois 12 mois

Section B : Informations sur l'usager et indication clinique

Commentaires ou autres particularités :

Spécialité	Indications approuvées (Les précisions sur les doses et usages sont présentées au verso)
IMMUNOLOGIE	Résultat dosage IgG pré-dose : _____ <input type="checkbox"/> Déficience immunitaire primaire (DIP) <input type="checkbox"/> Déficience immunitaire secondaire (DIS)
HÉMATOLOGIE	<input type="checkbox"/> Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques (en prévention des infections) <input type="checkbox"/> Thrombopénie immunitaire aiguë Résultat numération plaquettaire : _____ X10 ⁹ /L <input type="checkbox"/> Thrombopénie allo-immune fœtale ou néonatale <input type="checkbox"/> Nouveau-né <input type="checkbox"/> Femme enceinte
RHUMATOLOGIE	<input type="checkbox"/> Maladie de Kawasaki
DERMATOLOGIE	<input type="checkbox"/> Pemphigus <input type="checkbox"/> Pemphigoïde
INFECTIOLOGIE	<input type="checkbox"/> Choc toxique au staphylocoque <input type="checkbox"/> Fasciite streptococcique invasive du groupe A avec choc toxique associé
TRANSPLANTATION D'ORGANE	<input type="checkbox"/> Greffe rénale d'un donneur vivant chez un usager sensibilisé <input type="checkbox"/> Prégreffe cardiaque <input type="checkbox"/> Périgreffe (cœur, poumon, rein, pancréas) <input type="checkbox"/> Rejet postgreffe : <input type="checkbox"/> Aigu <input type="checkbox"/> Chronique

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/>