



Formulaire de demande d'Ig du MSSLD

**Indications neurologiques seulement**

Nom du patient:
N° d'identification/de dossier:
DDN (AAAA-MM-JJ):
Sexe:
Endroit:
N° de la RAMO:

TOUS LES CHAMPS CI-DESSOUS SONT OBLIGATOIRES

**SECTION A: Renseignements sur le médecin et l'établissement hospitalier**

Date de la demande (AAAA-MM-JJ)	Produit requis le(AAAA-MM-JJ)	No de télécopieur du Service de médecine transfusionnelle
Nom du médecin prescripteur	No de téléphone pour contacter le médecin	Adresse courriel du médecin
Le patient est-il sous les soins d'un neurologue / spécialiste des maladies neuromusculaires? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Le patient est-il hospitalisé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Établissement/Hôpital où le patient recevra l'Ig

**SECTION B: Type de demande**

<input type="checkbox"/> Première demande: approbation de 6 mois au maximum	<input type="checkbox"/> Demande de renouvellement: toute demande de renouvellement exige une réévaluation pour confirmer l'efficacité du traitement par Ig et l'administration de la dose minimale efficace.Approbation de 12 mois au maximum
---	--

**SECTION C: Indication clinique:** Consulter les [Lignes directrices ontariennes de gestion de l'utilisation d'Ig](#) qui mentionnent d'autres indications cliniques de l'Ig.

Indication approuvée	Lignes directrices – Demande INITIALE	Lignes directrices – RENOUVELLEMENT
<input type="checkbox"/> Syndrome de Guillain Barré (SGB), incluant le syndrome Miller Fisher et autres variantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ig recommandé au stade 3 (capable de marcher avec assistance) ou plus, ou si la gravité est moindre, mais évolue.</li> <li>Ig administrée dans les 2 semaines du début des symptômes.</li> <li>Adulte : Dose totale de 2 g/kg répartie en 2 à 5 jours.</li> <li>Enfant : Dose totale de 2 g/kg répartie en 2 jours.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Traitement du SGB par Ig habituellement une fois / en situation aiguë</li> <li>Deuxième traitement envisagé en l'absence de réponse. Répéter le traitement à raison de 2g/kg d'IgIV, répartie en 2 à 5 jours.</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Myasthénie grave (MG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ig recommandée en première intention dans la MG modérée ou grave ou en situation de crise myasthénique.</li> <li>Dose d'attaque : 2g/kg répartie en 2 à 5 jours.</li> <li>Demande initiale : dose d'attaque plus deux doses d'entretien; remplir la section D en conséquence.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un traitement associant Ig et immunodépresseur peut être envisagé dans les cas réfractaires. S'il faut plus d'Ig, ajuster la dose en fonction de la réponse et trouver la dose minimale efficace.</li> <li>Dose d'entretien : 1g/kg</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Polyneuropathie inflammatoire démyélinisante chronique (PIDC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ig recommandée en première intention dans la PIDC.</li> <li>Dose d'attaque : 2g/kg répartie en 2 à 5 jours.</li> <li>Tout patient traité par Ig de façon chronique devrait être suivi par un spécialiste des maladies neuromusculaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un traitement associant Ig et immunodépresseur peut être envisagé dans les cas réfractaires. La poursuite du traitement doit se fonder sur des mesures objectives d'efficacité. Viser la dose minimale efficace.</li> <li>Dose d'entretien : 1g/kg aux 3 semaines.</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Neuropathie motrice multifocale (NMM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ig recommandée en première intention dans la NMM.</li> <li>Dose d'attaque : 2g/kg répartie en 2 à 5 jours.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dose d'entretien : Ajuster à la dose la plus basse qui maintient l'efficacité clinique, habituellement 1g/kg ou moins par cycle de traitement. Certains ont besoin de doses supérieures, jusqu'à 2g/kg aux 4 semaines.</li> </ul>

Autre (préciser le diagnostic): \_\_\_\_\_  
 Ces demandes feront l'objet d'une étude du SMT. Joindre description du traitement à ce jour et données justifiant le traitement par Ig dans une indication non approuvée.

Le patient a-t-il eu recours à d'autres traitements de son état?  Oui, préciser ci-dessous  Non

Traitement	Dose (le cas échéant)	Durée de traitement	Dénouement
			<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Contre-indications <input type="checkbox"/> Intolérance
			<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Contre-indications <input type="checkbox"/> Intolérance

Commentaires :

**SECTION D: Posologie (vérification de la dose avec la calculatrice de dose recommandée. Voir <http://transfusionontario.org/fr/download/calculatrice-de-dose-digiv-imc/>)**

<input type="checkbox"/> Ig intraveineuse (IgIV)	<input type="checkbox"/> Ig sous-cutanée (IgSC)		
Poids du patient: kg	Taille du patient: cm	IMC: _____	<b>Il faut ajuster la dose lorsque l'IMC du patient est égale ou supérieure à 30</b>
Attaque/Dose unique	g/kg = Dose totalé	g; répartie en	jours
Dose d'entretien	g/kg = Dose totalé	g; répartie en	jours; toutes les semaines; Durée: mois
Calculatrice de dose utilisée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, pourquoi pas?			

**SECTION E:**

<input type="checkbox"/> Dose vérifiée	<input type="checkbox"/> Dose ajustée:	Par (signature requise):
<input type="checkbox"/> Confirmation avec le médecin prescripteur	Date:	
<input type="checkbox"/> Approuvée	<input type="checkbox"/> Rejetée	
Signature du médecin responsable ou de son remplaçant désigné:		Date:

**Veillez télécopier/envoyer la demande à :**