



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"> Ig recommandé au stade 3 (capable de marcher avec assistance) ou plus, ou si la gravité est moindre, mais évolue. Ig administrée dans les 2 semaines du début des symptômes. Adulte : Dose totale de 2 g/kg répartie en 2 à 5 jours. Enfant : Dose totale de 2 g/kg répartie en 2 jours. 	<ul style="list-style-type: none"> Traitement du SGB par Ig habituellement une fois / en situation aiguë Deuxième traitement envisagé en l'absence de réponse. Répéter le traitement à raison de 2g/kg d'IgIV, répartie en 2 à 5 jours.
<input type="checkbox"/> Myasthénie grave (MG)	<ul style="list-style-type: none"> Ig recommandée en première intention dans la MG modérée ou grave ou en situation de crise myasthénique. Dose d'attaque : 2g/kg répartie en 2 à 5 jours. Demande initiale : dose d'attaque plus deux doses d'entretien; remplir la section D en conséquence. 	<ul style="list-style-type: none"> 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. Dose d'entretien : 1g/kg
<input type="checkbox"/> Polyneuropathie inflammatoire démyélinisante chronique (PIDC)	<ul style="list-style-type: none"> Ig recommandée en première intention dans la PIDC. Dose d'attaque : 2g/kg répartie en 2 à 5 jours. Tout patient traité par Ig de façon chronique devrait être suivi par un spécialiste des maladies neuromusculaires. 	<ul style="list-style-type: none"> 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. Dose d'entretien : 1g/kg aux 3 semaines.
<input type="checkbox"/> Neuropathie motrice multifocale (NMM)	<ul style="list-style-type: none"> Ig recommandée en première intention dans la NMM. Dose d'attaque : 2g/kg répartie en 2 à 5 jours. 	<ul style="list-style-type: none"> 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.

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-icm/>)

<input type="checkbox"/> Ig intraveineuse (IgIV)	<input type="checkbox"/> Ig sous-cutanée (IgSC)		
Poids du patient: kg	Taille du patient: cm	IMC: _____	Il faut ajuster la dose lorsque l'IMC du patient est égale ou supérieure à 30
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 :