

Installation : \_\_\_\_\_

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_  F  M  
AAAA-MM-JJ

NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
AAAA-MM

Nom de la mère : \_\_\_\_\_

## PREMEDICATION ET DEBIT D'ADMINISTRATION IMMUNOGLOBULINES INTRAVEINEUSES (IGIV)

Poids : \_\_\_\_\_ kg      Taille : \_\_\_\_\_ cm

Allergies : \_\_\_\_\_ Clairance créatinine : \_\_\_\_\_ mL/min

<b>1. GÉNÉRAL</b>
<b>1.1. INDICATIONS ET CONDITIONS PRÉALABLES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Compléter l'une des ordonnances ministérielles : <ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">AH-211 DT9615 Demande pour IgIV ou IgSC en hématologie</a></li> <li><a href="#">AH-212 DT9616 Demande pour IgIV en immunologie</a></li> <li><a href="#">AH-213 DT9617 Demande pour IgIV ou IGSC en rhumatologie</a></li> <li><a href="#">AH-214 DT9618 Demande pour IgIV ou IgSC en transplantation d'organes solides</a></li> <li><a href="#">AH-215 DT9619 Demande IgIV ou IgSC en dermatologie, en infectiologie et autres</a></li> <li><a href="#">AH-240 DT9488 Demande pour IgIV en neurologie</a></li> <li><a href="#">AH-242 DT9926 Demande pour les immunoglobulines non spécifiques (IGSC) en immunologie</a></li> </ul> </li> <li>Obtenir le consentement de l'utilisateur. Les explications des indications, des bénéfices, des risques potentiels et des alternatives à l'administration d'immunoglobulines non spécifiques ont été données. Le consentement est : <input type="checkbox"/> <b>Obtenu</b> auprès de l'utilisateur ou de son représentant. </li> </ul>
<b>1.2. CONTRE-INDICATIONS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Allergie connue à l'un des composants du produit</li> <li>Antécédent de réaction allergique sévère aux Ig immédiate de type anaphylactique ou retardée</li> <li>Antécédent de réaction allergique sévère au traitement d'immunoglobulines ou présentant un déficit sélectif en IgA</li> </ul>
<b>2. BILANS PARACLINIQUES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Avant d'administrer les immunoglobulines : <input type="checkbox"/> Groupe ABO/Rh (si groupe inconnu) </li> </ul>
<b>3. ORDONNANCES PHARMACOLOGIQUES - ADULTE</b>
<b>3.1. PRÉMÉDICATION CLIENTÈLE</b>
<p>_____ Cetirizine 10 mg PO DIE</p> <p>Initiales _____</p> <p>_____ DiphenhydrAMINE (Benadryl) : _____ mg IV direct (vitesse maximale 25 mg/min)</p> <p>Initiales _____</p> <p>_____ Hydrocortisone sodique succinate (Solu-Cortef) : _____ mg IV</p> <p>Initiales _____</p> <p>Autre : _____</p>
<b>3.2. POSTMÉDICATION</b>
<p>Autre : _____</p> <p>Initiales _____</p>
<b>3.3. HYDRATATION IV</b>
<p>Autre : _____</p> <p>Initiales _____</p>
<b>4. ORDONNANCES PHARMACOLOGIQUES – NÉONATOLOGIE / PÉDIATRIE</b>
<p>Initiales _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis
<input type="checkbox"/> Envoyé par _____ (init.)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)



**PRÉMÉDICATION ET DÉBIT D'ADMINISTRATION  
IMMUNOGLOBULINES INTRAVEINEUSES (IGIV)  
(SUITE)**

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_  F  M  
AAAA-MM-JJ

NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
AAAA-MM

Nom de la mère : \_\_\_\_\_

**ANNEXE 1**  
**PÉDIATRIE**  
**CLIENTÈLE DE 35 KG ET MOINS**

TABLEAU D'ADMINISTRATION POUR LA CLIENTÈLE DE 35 KG ET MOINS		
DÉBITS D'ADMINISTRATION		
Poids (en kg)	1 <sup>re</sup> étape	2 <sup>e</sup> étape (vitesse maximale)
	0 à 30 minutes	30 minutes et plus
	0,3 mL/kg/heure	2 mL/kg/heure
	mL/heure	mL/heure
0,5 à 0,9 kg	0,15	1
1,0 à 1,9 kg	0,3	2
2,0 à 3,9 kg	0,6	4
4,0 à 5,9 kg	1,2	8
6,0 à 7,9 kg	1,8	12
8,0 à 9,9 kg	2,4	16
10 à 11,9 kg	3,0	20
12 à 13,9 kg	3,6	24
14 à 15,9 kg	4,2	28
16 à 19,9 kg	4,8	32
20 à 35 kg	6	40