

DATE : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

OBJET : ÉVALUATION CLINIQUE D'UN CONTACT DE ROUGEOLE POSSIBLEMENT ÉLIGIBLE AUX IMMUNOGLOBULINES INTRAVEINEUSES (IgIV)

Cher collègue,

Vous recevez cette lettre, car le présent patient a été identifié par la Direction de santé publique de la Montérégie comme contact significatif de rougeole. L'enquête de santé publique soulève que ce patient pourrait possiblement recevoir des IgIV. Voici les informations disponibles :

IDENTIFICATION DU PATIENT

PRÉNOM ET NOM : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

TÉLÉPHONE : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

IDENTIFICATION DU MÉDECIN DE FAMILLE

NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

NOM DE LA CLINIQUE MÉDICALE : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

CONTACT DE ROUGEOLE

DATE DE LA PREMIÈRE EXPOSITION AU CAS (J0) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

INDICATION D'ÉVALUATION CLINIQUE POUR IgIV : Choisissez un élément.

INTERVENTION DE SANTÉ PUBLIQUE

SÉROLOGIE IgG ROUGEOLE

- ☐ La santé publique a déjà demandé une sérologie en date du Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.
- ☐ La santé publique n'a pas demandé de sérologie, car l'indication n'en nécessite pas.
- ☐ La santé publique n'a pas demandé de sérologie, car il est jugé que le résultat ne sera pas disponible en temps opportun.

Nous demandons votre aide pour procéder à l'évaluation clinique du patient, incluant :

- Terminer l'analyse de la situation (dont l'interprétation du résultat de sérologie, s'il y a lieu), et statuer si le patient est éligible aux IgIV.
- Discuter avec le patient des risques et des bénéfices des IgIV, et obtenir son consentement.
- Prescrire les IgIV (s'il y a lieu) en remplissant les formulaires ci-joints.
- Transmettre les documents complétés via le corridor de service préétabli.

Merci de votre collaboration,

Signature :

Nom :

Direction de santé publique de la Montérégie

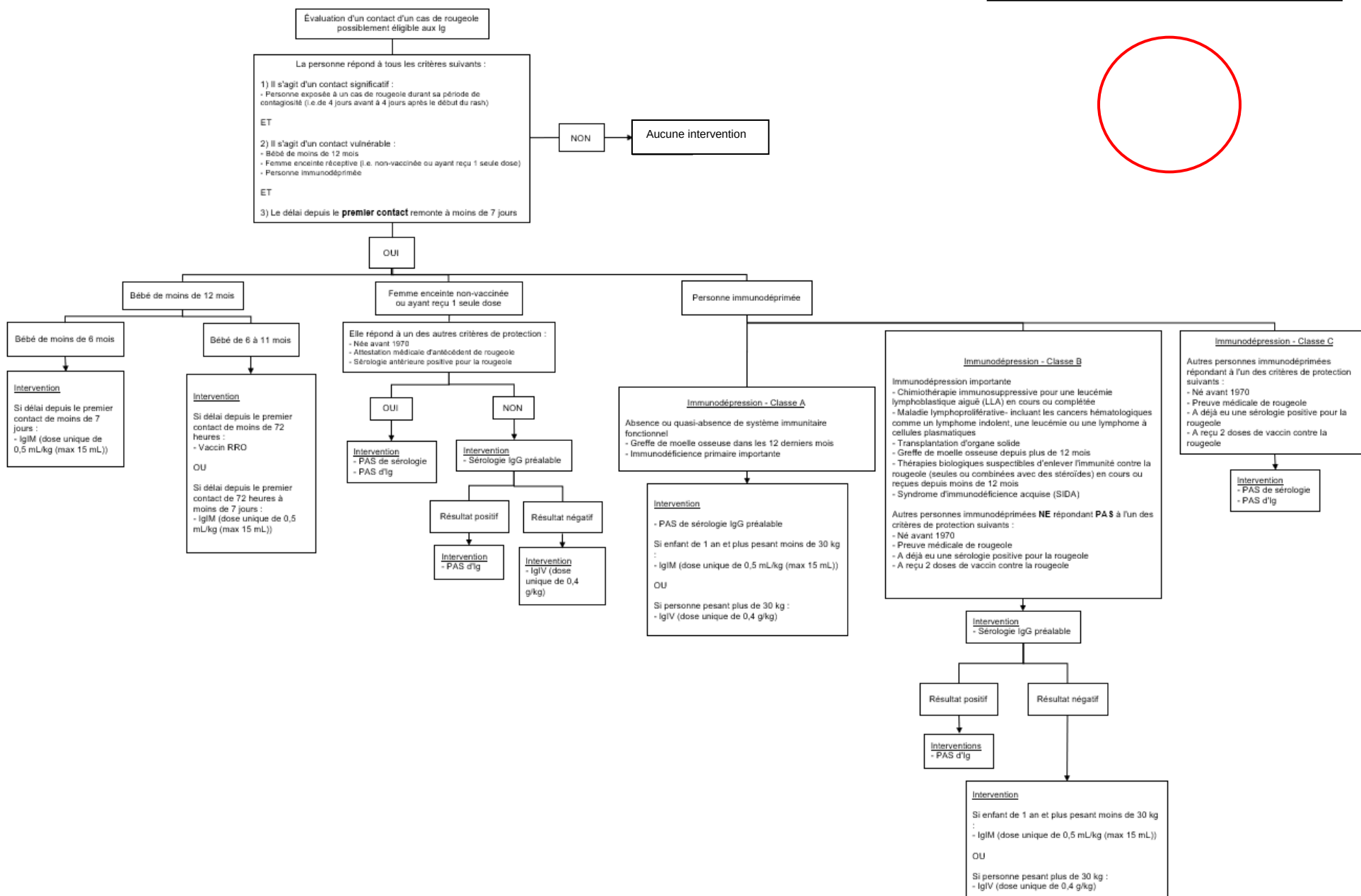
Santé Québec Montérégie-Centre

1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec) J4K 2M3

TÉL : 1-800-265-6213

SECTION : AIDE À LA DÉCISION – ÉVALUATION D'UN CONTACT DE ROUGEOLE POTENTIELLEMENT ÉLIGIBLE AUX IMMUNOGLOBULINE

Destiné aux cliniciens du CISSMO
Version du 22 juillet 2026
****Ne se substitue pas au jugement clinique****



SECTION : RAPPELS POUR LE CLINICIEN PRESCRIPTEUR

ROUGEOLE	
Tableau clinique	- Fièvre $\geq 38,3$ °C (101 °F) - Toux - Coryza : obstruction nasale avec rhinorrhée importante - Conjonctivite, avec larmoiement excessif, avec ou sans photophobie - Éruption (rash) maculopapulaire généralisée (débutant généralement au visage, puis s'étendant au cou, au tronc et aux membres) - Signe de Koplik (pathognomonique) : Petites lésions sur les muqueuses de la bouche
Période de contagiosité	De 4 jours avant à 4 jours après le début de l'éruption (rash).
Contact significatif	Personne exposée pendant la période de contagiosité d'un cas de rougeole.
Critères de protection contre la rougeole	- Né avant 1970 - Avoir une sérologie antérieure démontrant la présence d'anticorps contre la rougeole (i.e. IgG) - Avoir subi une épreuve diagnostique démontrant un épisode de rougeole (ex : TAAN) - Avoir une attestation médicale confirmant un antécédent de rougeole avant le 1^{er} janvier 1996 - Avoir une preuve écrite de vaccination contre la rougeole, selon le nombre de doses requises : 2 doses (reçues à partir de l'âge de 1 an, intervalle minimal 4 semaines entre les doses), si : - Né depuis 1980 - Né entre 1970 et 1979, pour ceux qui sont stagiaires, travailleurs de la santé, voyageurs, recrues militaires et femmes enceintes 1 dose (reçue à partir de l'âge de 1 an), si : - Né entre 1970 et 1979, pour ceux qui NE sont PAS stagiaires, travailleurs de la santé, voyageurs, recrues militaires ou femmes enceintes.
Contact significatif protégé (non-réceptif)	Contact significatif qui répond à un des critères de protection contre la rougeole.
Contact significatif non-protégé (réceptif)	Contact qui NE répond à AUCUN des critères de protection contre la rougeole.
Contact vulnérable	- Enfants de moins de 12 mois (Ne sont pas éligibles aux IgIV.) - Femmes enceintes non-vaccinées ou ayant reçu 1 seule dose de vaccin - Personnes immunodéprimées (Selon la sévérité.)
IMMUNOGLOBULINES INTRAVEINEUSES (IgIV)	
Indication	En postexposition à la rougeole.
Délai d'administration	Maximum 6 jours, 23 heures et 59 minutes après la première exposition à un cas de rougeole. La journée de la première exposition correspond au jour 0 (J0).
Clientèle visée	- Femmes enceintes - Personnes immunodéprimées de 30 kg ou plus
Posologie	Dose unique de 0,4 g/kg (Utiliser le calculateur : https://ivig.transfusionontario.org/dose)
Contre-indications	Anaphylaxie suivant l'administration d'une dose antérieure du même produit ou d'un autre produit ayant un composant identique.
Précautions	Si le patient est atteint d'un trouble de la coagulation/thrombocytopénie grave ou d'une déficience isolée connue en IgA, consulter un spécialiste.
Efficacité	Les Ig réduisent de 50 % le risque de développer une rougeole clinique. La durée de la protection conférée par les Ig est d'environ 3 semaines.
Interactions	Les vaccins RRO, Var et RRO-Var devraient être donnés au moins 2 semaines avant les Ig, car l'immunisation passive peut affecter la réponse à ces vaccins. Après l'administration des IgIM, on devra respecter un intervalle de 6 mois avant de donner ces vaccins . Cet intervalle est de 8 mois pour les IgIV.
Effets secondaires	- Céphalées (3-28%) - Fatigue (2-14%) - Hypertension (0-14%) - Nausées (8-10%) - Fièvre (2%) - Flushing (1%) - Spasmes musculaires (1%) **Comme pour tout médicament ou produit biologique, une réaction allergique grave reste possible.

SECTION : PROCÉDURE POUR PRESCRIPTION D'IGIV

1. Compléter le formulaire normalisé du MSSS « Demande pour immunoglobulines non spécifiques intraveineuses (IgIV) ou sous-cutanées (IGSC) en dermatologie, en infectiologie et autres » (AH-215 DT9619).



DEMANDE POUR IMMUNOGLOBULINES NON SPÉCIFIQUES INTRAVEINEUSES (IGIV) OU SOUS-CUTANÉES (IGSC) EN DERMATOLOGIE, EN INFECTIOLOGIE ET AUTRES*
*AUTRES PATHOLOGIES SANS FORMULAIRE SPÉCIFIQUE

Nom et prénom de l'utilisateur	
Dossier	Sexe ☐ M ☐ F
RAMQ	Date de naissance Année Mois Jour
Établissement	
Provenance (unité de soins)	

Section A : Prescripteur et type de demande		Toutes les sections sont obligatoires
Date de la demande année mois jour	Prescripteur (en caractères d'imprimerie)	Service demandeur ou Service de traitement
☐ Demande initiale : Durée : ☒ Tx unique ☐ 1 mois ☐ 3 mois (maximum pour « indications possibles ») ☐ 6 mois (maximum) ☐ Autre Début de traitement : ☐ moins de 24 heures ☐ 3 jours ☐ Autre ☐ Renouvellement de la demande : Durée : ☐ 3 mois ☐ 6 mois ☐ 12 mois (maximum) ☐ Autre		

Section B : Indication clinique et informations sur l'utilisateur		Indications recommandées ^R	Indications possibles ^{E ou I}
Dermatologie ☐ Dermatomyosite (781) ^E ☐ Dermatose bulleuse à IgA linéaire (783) ^I ☐ Épidermolyse bulleuse acquise (801) ^I ☐ Myxoedème pré-tibial (866) ^E ☐ Pemphigoïdes (879) ^R ☐ Pemphigus (880) ^R ☐ Pyoderma gangrenosum (907) ^E ☐ Scléroderme (913) ^E ☐ Scléromyxodème (914) ^E ☐ Vasculopathie livédoïde (986) ^E ☐ Xanthogranulome néobiotique (988) ^E	Cardiologie : Myocardite aiguë sévère / fulminante → ☐ Adulte (858) ^E ☐ Enfant (857) ^E Fertilité : ☐ Échecs répétés d'implantation inexplicables (789) ^E ☐ Fausses couches répétées inexplicables (811) ^E Autre : ☐ Hémochromatose néonatale (816) ^R ☐ Syndrome de fuite capillaire systémique → : ☐ Prévention (935) ^R ☐ Tx de crise (934) ^I ☐ Autre indication – spécifier :	Infectiologie ☐ Cardiomyopathie virale chez l'enfant (749) ^E ☐ Fasciite nécrosante chez l'enfant (809) ^I ☐ Sepsis néonatal à entérovirus (921) ^I ☒ Rougeole – post exposition (usager à risque) (909) ^R ☐ SIM associé à la COVID ☐ adulte (922) ^I ☐ enfant (923) ^E ☐ Syndrome du choc toxique (931) ^E	
Commentaires ou autres particularités :			

Bébé < 1 an OU femme enceinte OU personne immunosupprimée

Section C : Information sur la dose		Le calculateur de dose doit être utilisé selon les instructions au verso	
Taille de l'utilisateur : _____ cm	Poids de l'utilisateur : _____ kg	Poids selon le calculateur* : _____ kg	*Si calculateur non utilisé, préciser la raison :
☒ Tx unique	Total _____ g/kg = _____ g ; épartis sur _____ jours ou préciser g/jour : J1 _____ J2 _____ J3 _____ J4 _____ J5 _____		
☐ Tx d'entretien	Total _____ g/kg = _____ g ; répartis sur _____ jours, à chaque _____ semaine(s)		
☐ Dosage variable/sevrage :		Nombre de doses : _____ ou Durée : _____ mois	
Ig sous-cutanée :	☐ Tx unique _____ g/kg = _____ g ☐ Tx d'entretien : _____ g, _____ fois, à chaque _____ semaine(s)		
Signature du prescripteur	N° de permis	Date	Même que la date de demande Année Mois Jour

Acheminer le formulaire à la banque de sang

Section D : Réservée à la banque de sang	
Prescription vérifiée par (signature du professionnel désigné) :	N° de permis :
Dose ajustée : ☐ Non ☐ Oui, ajustée à :	
Autorisée par (signature du médecin responsable ou délégué) :	N° de permis :

2. Compléter l'ordonnance individuelle préimprimée du CISSS de la Montérégie-Ouest «Prémédication et débit d'administration – Immunoglobulines intraveineuses (IgIV) » (OIP-816)

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

Installation : _____

****Inscrire ici le JO du contact de rougeole.**

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

Poids : _____ kg Taille : _____ cm
Allergies : _____

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ
NAM : _____ Exp. : _____
AAAA-MM
Nom de la mère : _____

Poids, taille et allergies sont très importants

Demander à patient son poids et sa taille (peuvent être approximatifs)

1. GÉNÉRAL
1.1. INDICATIONS ET CONDITIONS PRÉALABLES
- Compléter l'ordonnance ministérielle AH240_DT9488 Demande pour immunoglobulines non spécifiques intraveineuses (IgIV) en NEUROLOGIE ou AH241_DT9490 Demande pour immunoglobulines non spécifiques intraveineuses (IgIV) pour indications autres que neurologiques. - Obtenir le consentement de l'usager. 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 : ☐ Obtenu auprès de l'usager ou de son représentant.
1.2. CONTRE-INDICATIONS
- Allergie connue à l'un des composants du produit - Antécédent de réaction allergique sévère aux Ig immédiate de type anaphylactique ou retardée - Antécédent de réaction allergique sévère au traitement d'immunoglobulines ou présentant un déficit sélectif en IgA
2. BILANS PARACLINIQUES
Avant d'administrer les immunoglobulines : ☐ Groupe ABO/Rh (si groupe inconnu) NON NÉCESSAIRE
3. ORDONNANCES PHARMACOLOGIQUES - ADULTE
3.1. PRÉMÉDICATION CLIENTÈLE
_____ Diphenhydramine (Benadryl) : _____ mg IV direct (vitesse maximale 25 mg/min) Initiales md _____ Hydrocortisone sodique succinate (Solu-Cortef) : _____ mg IV Initiales md (se référer au guide en vigueur pour l'administration) Autre : _____
3.2. POSTMÉDICATION
Autre : _____ Initiales md
3.3. HYDRATATION IV
Autre : _____ Initiales md
4. ORDONNANCES PHARMACOLOGIQUES – NÉONATOLOGIE / PÉDIATRIE
_____ Initiales md

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj) _____ Signature du médecin _____ # permis _____
☐ Fax envoyé par _____ (init.) _____ Heure d'envoi : _____ Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)
 OIP-816 (2021-02) **PRÉMÉDICATION ET DÉBIT D'ADMINISTRATION IGIV** Page 1 de 2
 Dossier médical

**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 : _____

5. SOINS ET SURVEILLANCE

5.1. VITESSE D'ADMINISTRATION

Débit LENT (antécédents d'insuffisance rénale, de maladie cardiaque et d'événements thromboemboliques)

Initiale md

Débit RAPIDE Choisir selon les antécédents du patient

Initiale md

5.2. SURVEILLANCE INFIRMIÈRE

- Vérifier les signes vitaux avant le début de l'administration, 15 minutes après le début, avant chaque changement de débit, aux heures, à la fin, 1 heure et 4 heures après la fin (si l'usager est toujours présent)
- Augmenter à la vitesse suivante si la condition clinique du receveur est stable (selon la tolérance)
- Si présence de réactions indésirables, appliquer l'ordonnance collective relative à une réaction transfusionnelle
- Pour la clientèle recevant du Panzyga, observer le receveur pour au moins 20 minutes après la fin de l'administration
- À la fin de la perfusion, rincer le dispositif d'administration avec 20 mL de Dextrose 5 % à un débit qui respectera le délai maximal de 8 heures suivant la perforation de la fiole
- Si aucun changement clinique à la fin de l'administration, le receveur externe pourra quitter. Toutefois, celui-ci devra être avisé des symptômes d'une éventuelle réaction tardive

5.3. TABLEAU D'ADMINISTRATION POUR LA CLIENTÈLE DE 36 KG ET PLUS

DÉBITS D'ADMINISTRATION LENTS

Poids (en kg)	1 ^{re} étape	2 ^e étape	3 ^e étape	4 ^e étape (vitesse maximale)
	0 à 30 minutes	30 à 45 minutes	45 à 60 minutes	60 minutes et plus
	0,3 mL/kg/heure	1,2 mL/kg/heure	2,4 mL/kg/heure	4,8 mL/kg/heure
	mL/heure	mL/heure	mL/heure	mL/heure
36 à 39,9 kg	11	43	86	173
40 à 59,9 kg	12	48	96	192
60 à 79,9 kg	18	72	144	288
80 kg et plus	24	96	192	384

DÉBITS D'ADMINISTRATION RAPIDES

Poids (en kg)	1 ^{re} étape	2 ^e étape	3 ^e étape	4 ^e étape (vitesse maximale)
	0 à 30 minutes	30 à 45 minutes	45 à 60 minutes	60 minutes et plus
	0,3 mL/kg/heure	2,4 mL/kg/heure	4,8 mL/kg/heure	7,2 mL/kg/heure
	mL/heure	mL/heure	mL/heure	mL/heure
36 à 39,9 kg	11	86	173	259
40 à 59,9 kg	12	96	192	288
60 à 79,9 kg	18	144	288	432
80 kg et plus	24	192	384	576

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du médecin

permis

☐ Fax envoyé par (init.)

Heure d'envoi :

Ordonnance relevée par : (init. inf.)

3. Transmettre les documents complétés :

- AH-215 DT9619
- OIPI-816
- Requête en médecine de jour (si J0 à J4)
- Contacter la personne en charge selon le tableau ci-bas, pour confirmer le corridor en vigueur et le numéro de FAX

Hôpital du Suroît	Du lundi au vendredi, de 8h à 16h : Contacter le gestionnaire de lit 450-544-4430 Sinon, (soir, nuit, fin de semaine, fériés) Contacter le coordonnateur aux activités de soins : 579-491-1405
Hôpital Anna-Laberge	Du lundi au vendredi, de 8h à 16h : Contacter le gestionnaire de lit 450-699-2425 #4297 Sinon, (soir, nuit, fin de semaine, fériés) Contacter le coordonnateur aux activités de soins : 450-699-2425 #7400

*Document préparé par la Direction de santé publique régionale de la Montérégie en collaboration avec Dre Cynthia Landry, Directrice médicale et des services professionnels adjointe, Santé Québec Montérégie-Ouest.

Mise à jour 22 juillet 2026