

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ F M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

PRÉMÉDICATION ET DÉBIT D'ADMINISTRATION IMMUNOGLOBULINES INTRAVEINEUSES (IGIV)

Poids : _____ kg Taille : _____ cm
Allergies : _____

1. GÉNÉRAL
1.1. INDICATIONS ET CONDITIONS PRÉALABLES
<ul style="list-style-type: none"> 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 : <input type="checkbox"/> Obtenu auprès de l'usager ou de son représentant.
1.2. CONTRE-INDICATIONS
<ul style="list-style-type: none"> 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
<ul style="list-style-type: none"> Avant d'administrer les immunoglobulines : <input type="checkbox"/> Groupe ABO/Rh (si groupe inconnu)
3. ORDONNANCES PHARMACOLOGIQUES - ADULTE
3.1. PRÉMÉDICATION CLIENTÈLE
<p>_____ DiphenhydrAMINE (Benadryl) : _____ mg IV direct (vitesse maximale 25 mg/min) <small>Initiales md</small></p> <p>_____ Hydrocortisone sodique succinate (Solu-Cortef) : _____ mg IV (se référer au guide en vigueur pour l'administration) <small>Initiales md</small></p> <p>Autre : _____</p>
3.2. POSTMÉDICATION
<p>Autre : _____ <small>Initiales md</small></p>
3.3. HYDRATATION IV
<p>Autre : _____ <small>Initiales md</small></p>
4. ORDONNANCES PHARMACOLOGIQUES – NÉONATOLOGIE / PÉDIATRIE
<p>_____ <small>Initiales md</small></p> <p>_____</p>

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du médecin	# permis
<input type="checkbox"/> Fax 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 : _____

5. SOINS ET SURVEILLANCE

5.1. VITESSE D'ADMINISTRATION

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

_____ Débit RAPIDE
Initiales 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'AMINISTRATION POUR LA CLIENTÈLE DE 36 KG ET PLUS

DÉBITS D'AMINISTRATION 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 mL/heure	1,2 mL/kg/heure mL/heure	2,4 mL/kg/heure mL/heure	4,8 mL/kg/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'AMINISTRATION 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 mL/heure	2,4 mL/kg/heure mL/heure	4,8 mL/kg/heure mL/heure	7,2 mL/kg/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.)

**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 ^{re} étape	2 ^e 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