

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 : \_\_\_\_\_

<b>1. GÉNÉRAL</b>
<b>1.1. INDICATIONS ET CONDITIONS PRÉALABLES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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"/> <b>Obtenu</b> auprès de l'usager 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>_____ 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>
<b>3.2. POSTMÉDICATION</b>
<p>_____ Autre : _____ <small>Initiales md</small></p>
<b>3.3. HYDRATATION IV</b>
<p>_____ Autre : _____ <small>Initiales md</small></p>
<b>4. ORDONNANCES PHARMACOLOGIQUES – NÉONATOLOGIE / PÉDIATRIE</b>
<p>_____</p> <p>_____</p> <p><small>Initiales md</small></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 <sup>re</sup> étape	2 <sup>e</sup> étape	3 <sup>e</sup> étape	4 <sup>e</sup> 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 <sup>re</sup> étape	2 <sup>e</sup> étape	3 <sup>e</sup> étape	4 <sup>e</sup> 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 <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