

**DEMANDE D'ADMINISTRATION DE
PRIVIGEN®**

Immunoglobuline humaine normale pour perfusion intraveineuse (IgIV)

à l'attention de NephroDialyse

Tél. Secrétariat **021 620 71 40** Fax. **021 620 71 41** E-mail : info@nephrodialyse.ch

Hors des heures de la réception, **en cas d'urgence**,
veuillez appeler **le service infirmier** au tél. **021 620 71 45**

| | |
|---|---|
| <p>PRESCRIPTION MÉDICALE</p> | <p>Nom du médecin traitant : <input type="text"/></p> <p>Tel. : <input type="text"/> Fax : _____</p> <p>E-mail : <input type="text"/> @ _____</p> <p style="text-align: right;">tampon du médecin traitant</p> |
| <p>PATIENT(E)</p> | <p>Nom et prénom du patient(e) : _____</p> <p>Tel. : _____ email : _____ @ _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>NPA : _____ Lieu : _____</p> <p>Date de naissance : ____ / ____ / _____ Poids : _____ kg</p> <p>AVS : _____</p> <p>Assur. Maladie : _____ N. ° _____</p> <p>Allergies : _____</p> <p>_____</p> |

| | | |
|---|--|---|
| PRODUIT PRIVIGEN® | Principe actif | Immunoglobuline humaine normale pour perfusion intraveineuse (IgIV) ≥ 98% IgG. Excipient : L-proline, eau |
| | Présentation et Conditionnement | <u>Solution pour perfusion prête à l'emploi.</u> 4 dosages différents avec concentration de 0.1gr/ml : 1. 2.5g/25ml 2. 5g/50ml 3. 10g/100ml 4. 20g/200ml 5. 40g/400ml |
| | Conservation et stabilité | - Flacon non ouvert : Température ambiante < 25°C et à l'abri de la lumière. Pas besoin de frigo. - Flacon ouverte/préparé pour perfusion : 24h à la température ambiante < 25°. |
| INDICATIONS | <p>La posologie et l'intervalle entre les administrations dépendent de l'indication</p> <input type="checkbox"/> Ttt substitutif déficit immunitaire Ire ____ g/ kg = ____ g <input type="checkbox"/> Ttt substitutif déficit immunitaire IIre ____ g/ kg = ____ g <input type="checkbox"/> Purpura thrombopénique idiopathique ____ g/ kg = ____ g <input type="checkbox"/> Syndrome de Guillain-Barré ____ g/ kg = ____ g <input type="checkbox"/> Syndrome de Kawasaki ____ g/ kg = ____ g <input type="checkbox"/> Allogreffe de moelle osseuse ____ g/ kg = ____ g <input type="checkbox"/> Autre: _____ g/ kg = ____ g Les dosages peuvent varier selon le patient et l'ordre médical | |
| DOSAGE | <input type="checkbox"/> Privigen® sol perf 2.5 g/25 ml i.v. flacon 25 ml x ____ nbr d'emballages <input type="checkbox"/> Privigen® sol perf 5 g/50 ml i.v. flacon 50 ml x ____ nbr d'emballages <input type="checkbox"/> Privigen® sol perf 10 g/100 ml i.v. flacon 100 ml x ____ nbr d'emballages <input type="checkbox"/> Privigen® sol perf 20 g/200 ml i.v. flacon 200 ml x ____ nbr d'emballages <input type="checkbox"/> Privigen® sol perf 40 g/400 ml i.v. flacon 400 ml x ____ nbr d'emballages <input type="checkbox"/> NaCl sol perf 0.9% 500ml x ____ nbr d'emballages Perfusion répartie sur : 1 jour ____ 2 jours ____ 3 jours ____ 4 jours ____ | |
| PREMEDICATION | Médicaments : 1. _____ 2. _____ 3. _____ | |
| ESPACE RÉSERVÉ À NEPHRODIALYSE | Convocation date / heure du RDV: date ____ / ____ / ____ heure : _____ Signature et tampon : _____ | |