|  |
| --- |
| **Données patient** |
| Nom :       |
| Prénom :       |
| Date de naissance :       |
| (Si possible, coller une étiquette patient) |

|  |
| --- |
| **Protocole adulte Intratect**® 10% (immunoglobuline humaine IvIg)En perfusion intraveineuse |
| **Présentation** | Concentration à 10% (100 mg/ml) : Flacon de 1g/10ml 5g/50ml 10g/100ml 20g/200ml Concentration à 5% (50mg/ml) : Flacons de 1g/20ml 2.5g/50ml 5g/100 ml 10g/200ml  |

|  |
| --- |
| **Prescription médicale** |
| **Prescription**  | **Date de la prescription :**  **Indication du traitement :**      **Intervalle d’administration :**      **Schéma posologique** : *\* Schéma proposé uniquement pour la concentration à 10%. Les autres débits sont proposés pour les concentrations à 5% ou 10%.***En cas de changement de lot** : la nécessité de réduire le débit d’administration est à évaluer par le prescripteur, en fonction des risques d’hypersensibilité du patient. L’ajustement du débit n’est pas forcément nécessaire, selon la firme. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Prescription** (suite) | **Prémédication :** [ ]  NON [ ]  OUI:      **Prescription renouvelable** pour une durée de :       (max. 12 mois)**Allergies :** **Autres remarques :**      Si médecin externe : veuillez joindre à cette prescription une copie des résultats du bilan initial.  |
| **Remboursement du traitement** | La situation du patient satisfait aux conditions de remboursement LS :  [ ]  OUI [ ]  NONLimitation LS : *le traitement est remboursé*  *uniquement en cas de déficits immunitaires, de purpuras idiopathiques thrombocytopéniques, de syndrome de Guillain-Barré, de syndrome de Kawasaki, de polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique (CIDP) et de neuropathie motrice multifocale (NMM)* |
|  | Timbre du médecin:      (Nom, prénom, adresse et n° de téléphone)Signature du médecin :  |

Protocole Intratect®

|  |
| --- |
| **Protocole d’administration** |
| **Commande du produit**Protocole Intratect® | Commander le produit à la pharmacie de l’hôpital au minimum 4 jours ouvrables avant l’administration et confirmer le délai d’obtention souhaité. |
| **Matériel nécessaire** | * Intratect® solution pour perfusion, quantité selon prescription et présentations disponibles
* 1 flex de NaCl 0.9% pour le rinçage
* 1 tubulure standard
* Pompe à perfusion
* **Avoir à disposition un chariot de réanimation en cas de réaction à l’injection**
 |
| **Filtre** | Pas de filtre spécial nécessaire |
| **Surveillances avant l’administration** | * Peser le patient (vérifier que le poids corresponde à celui inscrit par le médecin)
* Mesurer la tension artérielle et la fréquence cardiaque
* Vérifier l’absence d’état infectieux (température corporelle, état général du patient,…)
* Vérifier l’absence d’hypersensibilité au produit suite à une administration précédente (interroger le patient, consulter le dossier)
* Demander au patient s’il prend de nouveaux médicaments depuis la dernière administration (en particulier oestrogènes ou vaccins) et en informer le médecin le cas échéant
 |
| **Prémédication** | Assurer une **hydratation suffisante** avant le début de l’administration (stimuler le patient à boire).Une autre prémédication n’est en principe pas nécessaire avant l’administration d’Intratect®, sauf si risque particulier : se référer à la prescription médicale. |
| **Préparation de la perfusion d’Intratect®** | Eviter de secouer le flacon lors de sa manipulation, pour éviter la formation de mousse1. Inspecter visuellement le flacon : vérifier l’absence de précipité ou de turbidité. La solution doit être limpide à légèrement opalescente.
2. **Noter le numéro de lot** du (des) flacon(s) d’Intratect® employé(s) dans le dossier patient.
3. Après avoir désinfecté le bouchon, connecter la tubulure au flacon.
 |
| **Position du cathéter** | Pas de directive particulière (généralement sur veine périphérique à l’extrémité distale de l’avant-bras) |
| **Surveillances durant l’administration** | * 1. Veiller à une **hydratation** suffisante durant l’administration (stimuler à boire).
	2. Vérifier la **tension artérielle** et la **fréquence cardiaque** toutes les 15-30 minutes.
	3. Interroger et **vérifier l’absence d’apparition de signes d’allergie ou d’intolérance**. Demander au patient de signaler toute suspicion d’effet indésirable.
	4. Les réactions liées à la perfusion peuvent se manifester notamment par des céphalées, sensation de bouffées vasomotrices, frissons, douleurs musculaires, respiration sifflante, tachycardie, lombalgie, nausée, hypotension artérielle.

**En cas de réaction à la perfusion, arrêter l’administration du produit, informer immédiatement le médecin et débuter les mesures appropriées.** |
| **Administration du traitement** | 1. Administrer la perfusion d’Intratect® selon le schéma de perfusion prescrit (cf. rubrique « prescription » en page 1). S’il diffère du schéma prévu (p.ex. nécessité de diminuer le débit en cas de mauvaise tolérance), renseigner le débit administré dans le tableau ci-dessous.
2. **En cas de changement de lot** : la nécessité de réduire le débit d’administration est à évaluer par le prescripteur, en fonction des risques d’hypersensibilité du patient. L’ajustement du débit n’est pas forcément nécessaire, selon la firme.
3. Après la fin de l’administration, rincer la tubulure à l’aide d’un flex de NaCl 0.9%

**!! Ne pas diluer une perfusion d’Intratect® ou la mélanger à d’autres médicaments!!**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date d’admin.** | **Intervalle de****temps** [minutes] | **Débit administré** [ml/h] |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 |
| **Surveillances après l’administration** | 1. Surveiller le patient durant 1h s’il s’agit de la première administration d’Intratect® ou s’il s’est écoulé une longue période depuis la dernière administration. Pour les autres patients, une surveillance de 20 minutes est recommandée.
2. Contrôler la tension artérielle et la fréquence cardiaque 20 minutes après la fin de la perfusion d’Intratect®.
3. Veiller à une hydratation suffisante après l’administration.
 |
| **Stabilité** | Flacon non entamé : à température ambiante (max 25°C) |
| **Elimination** | Container d’élimination pour médicaments |

Références :

Protocole Intratect®

* Swissmedicinfo.ch, Intratect®, 09.2021
* Listedesspecialites.ch, 09.2021
* European Nursing Guidelines for Immunoglobulin Administration – European nursing group for immunodeficiencies, 2015. <https://ingid.org/nursing-guidelines/>
* Uptodate.com – intravenous immune globuline – adverse effects, 02.03.2021
* Informations de la firme biotest, 25.05.2021 <https://www.biotest.com/de/en/products/clinical_immunology/intratect/frequently_asked_questions.cfm>
* Document Biotest « Vitesses de perfusion maximales recommandées selon la durée, de l'indication et du poids corporel », 2021