

## فرم درخواست داروی IVIG

نام و نام خانوادگی بیمار:

کد بیمار:

تاریخ درخواست:

بخش درخواست دهنده:

WBC:

Plt:

Indication	Note	
<b>Primary immunodeficiencies (associated with significant antibody defects)</b> such as common variable immunodeficiency, severe combined immunodeficiencies, transient hypogamm-aglobulinaemia of infancy, Wiskott Aldrich syndrome and X-linked agammaglobulinaemia		
<b>Secondary antibody deficiency (any cause)</b>		
<b>Secondary hypogammaglobulinaemia</b>		
<b>ANCA-positive systemic necrotizing vasculitis</b>		
<b>Kidney transplantation</b>		
<b>Acquired von willebrand disease</b>		
<b>HDN (hemolytic disease of the newborn)</b>		
<b>Idiopathic thrombocytopenic purpura- Children</b>		
<b>Idiopathic thrombocytopenic purpura- Adults</b>		
<b>Pregnancy-associated idiopathic thrombocytopenic purpura</b>		
<b>Guillain-Barré syndrome</b>		
<b>Chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy</b>		
<b>Multifocal motor neuropathy</b>		
<b>Paraproteinaemic demyelinating neuropathy</b>		
<b>Myasthenia gravis</b>		
<b>Stiff person syndrome (Moersch–Woltmann syndrome)</b>		
<b>Acute disseminated encephalomyelitis</b>		
<b>IgM paraproteinaemic neuropathy</b>		
<b>Inflammatory myopathies; Dermatomyositis (DM), Polymyositis (PM)</b>		
<b>Cicatricial pemphigoid</b>		
<b>Toxic epidermal necrolysis/Stevens–Johnson syndrome</b>		
<b>HIV–associated idiopathic thrombocytopenic purpura</b>		
<b>Kawasaki disease</b>		
شواهد و معیارهای تشخیص:		
درخواست خارج از گایدلاین فوق با <u>ارائه مستندات</u> :		
IVIG Order: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             • Dose:              • Start date:           </div> <div>             Interval:              Discontinuation date:           </div> </div>		
مهر و امضاء داروساز	مهر بخش درخواست کننده	مهر و امضاء پزشک

لازم به ذکر است که عدم تعیین اندیکاسیون در فرم، به منزله نداشتن اندیکاسیون تلقی خواهد شد.