

فرم درخواست داروی IVIG

نام و نام خانوادگی بیمار:
تاریخ درخواست:

کد بیمار:
بخش درخواست دهنده:

WBC: Plt:

Indication	Note
Primary Immunodeficiency	
Secondary Immunodeficiency	
Children With AIDS	
ITP or Werlhof's syndrome	
Guillain-Barré syndrome	
Kawasaki's disease	
Treatment and prophylaxis of infections and GVHD	
Persistent deficit of the production of antibodies	
Alloimmune neonatal thrombocytopenia	
Autoimmune hemolytic anemia (AEA)	
Immune-mediated neutropenia	
Post-transfusion purpura	
Pure red cell aplasia	
Refractoriness to platelet transfusion	
CMV prophylaxis in solid organ transplants	
Acute disseminated encephalomyelitis	
Intractable childhood epilepsy	
Lambert-Eaton syndrome	
Multifocal motor neuropathy	
Multiple sclerosis	
Myasthenia gravis	
Chronic inflammatory demyelinating Polyneuropathy (CIDP)	
Stiff-person syndrome	
Dermatomyosites, Polymyosites	
Systemic lupus erythematosus (SLE)	
Systemic vasculitides	
Pre-transplant desensitization	
Antibody mediated rejection of kidney transplant	

درخواست خارج از گایدلاین فوق با ارائه مستندات :

IVIG Order:

- Dose:
- Start date:

Interval:

Discontinuation date:

مهر و امضاء داروساز

مهر بخش درخواست دهنده
(مهر رئیس بخش در صورت خارج از گایدلاین بودن)

مهر و امضاء پزشک