

COMMANDE D'EXPANSEURS VOLÉMIQUES ET D'IMMUNOGLOBULINES



TOUTES LES COMMANDES DOIVENT ÊTRE FAXÉES

Établissement : _____

Hôpital/Client : _____ Tél. /Fax : _____ Date : _____ Heure : _____

Ville : _____ Demande faite par : _____

Degré de priorité : Normal DQP *Urgente [*Faxe et téléphonez]

Mode de livraison : _____ Date requise : _____ Adresse d'expédition : _____

Commentaires : _____

Accepteriez-vous de recevoir des produits de substitution plutôt que ceux demandés? Oui Non

Code de la SCS	Produit/Fabricant	Format	Nbre de flacons par boîte	Nbre de flacons	Quantité expédiée (réservé à la SCS)
EXPANSEURS DU VOLUME PLASMATIQUE (albumine)					
OAL0505CU	Plasbumin® 5%, Grifols	50 ml	25		
1000104727	Alburex® 5%, CSL Behring	250 ml	10		
1000104824	Alburex® 5%, CSL Behring	500 ml	10		
OAL0550CC	Albumin® 5%, Grifols		12		
1000105042	Alburex® 25%, CSL Behring	50 ml	10		
1000104673	Alburex® 25%, CSL Behring	100 ml	10		
OAL2510CC	Albumin® 25%, Grifols		25		
HYPERIMMUNOGLOBULINES / AUTRES IMMUNOGLOBULINES					
CTY02.5MP	CytoGam®, Anti-CMV IG, Kamada	2,5 g	10		
1000107895	GamaSTAN®, IMIG, Grifols	2 ml	25		
1000104696	HepaGam B™, Anti-HBIG, Kamada	1 ml	10		
1000104697	HepaGam B™, Anti-HBIG, Kamada	5 ml	10		
1000104656	HyperHEP B® S/D, Anti-HBIG, Grifols	0,5 ml (seringue)	50		
HHB05.0TA	HyperHEP B® S/D, Anti-HBIG, Grifols	5 ml	50		
WRF0120WP	WinRho® SDF, Anti-D IG, Kamada	600 IU	10		
WRF0300WP	WinRho® SDF, Anti-D IG, Kamada	1500 IU	10		
WRF1000WP	WinRho® SDF, Anti-D IG, Kamada	5000 IU	20		
VZG0125CA	VariZIG™, Anti-VZIG, Kamada	125 IU	20		

Réservé à la SCS N° de commande : _____ Commande enregistrée par (initiales) : _____ Date : _____

Les commandes doivent être passées **au moins une semaine avant l'utilisation prévue.**

Le bon de commande peut être téléchargé à partir de notre site Web :

<https://www.blood.ca/fr/hopitaux/commandes-de-produits/formulaires>

COMMANDE D'EXPANSEURS VOLÉMIQUES ET D'IMMUNOGLOBULINES



TOUTES LES COMMANDES DOIVENT ÊTRE FAXÉES

Établissement : _____

Hôpital/Client : _____ Tél. /Fax : _____ Date : _____ Heure : _____

Ville : _____ Demande faite par : _____

Degré de priorité : Normal DQP *Urgente [*Faxe et téléphonez]

Mode de livraison : _____ Date requise : _____ Adresse d'expédition : _____

Commentaires : _____

Accepteriez-vous de recevoir des produits de substitution plutôt que ceux demandés? Oui Non

Commande TOTALE d'Ig (en grammes)	QUOTAS À DÉTERMINER
La SCS pourrait répondre aux demandes d'Ig en tenant compte de la proportion relative de chaque produit dans ses réserves.	

Code de la SCS	Produit/Fabricant	Format	Nbre de flacons par boîte	Nbre de flacons	Quantité expédiée (réservé à la SCS)
IMMUNOGLOBULINE INTRAVEINEUSE					
1000104597	Gammagard Liquid® 10%, Takeda	2,5 g	40		
1000104599	Gammagard Liquid® 10%, Takeda	5 g	40		
1000104600	Gammagard Liquid® 10%, Takeda	10 g	24		
1000104601	Gammagard Liquid® 10%, Takeda	20 g	24		
1000105664	Gammagard Liquid® 10%, Takeda	30 g	18		
BIV05.0BA	Gammagard® S/D, Takeda	5 g	18		
GIX02.5CU	Gamunex® 10%, Grifols	2,5 g	25		
GIX05.0CU	Gamunex® 10%, Grifols	5 g	25		
GIX10.0CU	Gamunex® 10%, Grifols	10 g	25		
IGX20.0CC GIX20.0CU	IGIVnex® 10%, Grifols Gamunex® 10%, Grifols	20 g	12		
1000109648	Gamunex® 10%, Grifols	40g	6		
1000106506	Privigen® 10%, CSL Behring	2,5 g	10		
1000104980	Privigen® 10%, CSL Behring	5 g	10		
1000104982	Privigen® 10%, CSL Behring	10 g	10		
1000104983	Privigen® 10%, CSL Behring	20 g	10		

Réservé à la SCS N° de commande : _____ Commande enregistrée par (initiales) : _____ Date : _____

Les commandes doivent être passées **au moins une semaine avant l'utilisation prévue.**

Le bon de commande peut être téléchargé à partir de notre site Web :

<https://www.blood.ca/fr/hopitaux/commandes-de-produits/formulaires>

COMMANDE D'EXPANSEURS VOLÉMIQUES ET D'IMMUNOGLOBULINES



TOUTES LES COMMANDES DOIVENT ÊTRE FAXÉES

Établissement : _____

Hôpital/Client : _____ Tél. /Fax : _____ Date : _____ Heure : _____

Ville : _____ Demande faite par : _____

Degré de priorité : Normal DQP *Urgente [*Faxez et téléphonez]

Mode de livraison : _____ Date requise : _____ Adresse d'expédition : _____

Commentaires : _____

Accepteriez-vous de recevoir des produits de substitution plutôt que ceux demandés? : Oui Non

Code de la SCS	Produit/Fabricant	Format	Nbre de flacons par boîte	Nbre de flacons	Quantité expédiée (réservé à la SCS)
IMMUNOGLOBULINE INTRAVEINEUSE					
1000106583	Privigen® 10%, CSL Behring	40 g	10		
1000107153	Panzyga® 10%, Octapharma	5 g	100		
1000107154	Panzyga® 10%, Octapharma	10 g	60		
1000107155	Panzyga® 10%, Octapharma	20 g	20		
1000107156	Panzyga® 10%, Octapharma	30 g	20		
1000108015	Octagam® 10%, Octapharma	2 g	84		
OCT05.0OC	Octagam® 10%, Octapharma	5 g	100		
OCT10.0OC	Octagam® 10%, Octapharma	10 g	60		
1000106514	Octagam® 10%, Octapharma	20 g	20		
1000108017	Octagam® 10%, Octapharma	30 g	20		

Réservé à la SCS N° de commande : _____ Commande enregistrée par (initiales) : _____ Date : _____

Les commandes doivent être passées **au moins une semaine avant l'utilisation prévue.**

Le bon de commande peut être téléchargé à partir de notre site Web :

<https://www.blood.ca/fr/hopitaux/commandes-de-produits/formulaires>

COMMANDE D'EXPANSEURS VOLÉMIQUES ET D'IMMUNOGLOBULINES



TOUTES LES COMMANDES DOIVENT ÊTRE FAXÉES

Établissement : _____

Hôpital/Client : _____ Tél. /Fax : _____ Date : _____ Heure : _____

Ville : _____ Demande faite par : _____

Degré de priorité : Normal DQP *Urgente [*Faxe et téléphonez]

Mode de livraison : _____ Date requise : _____ Adresse d'expédition : _____

Commentaires : _____

Accepteriez-vous de recevoir des produits de substitution plutôt que ceux demandés? Oui Non

Code de la SCS	Produit/Fabricant	Format	N ^{bre} de flacons par boîte	N ^{bre} de flacons	Quantité expédiée (réservé à la SCS)
IMMUNOGLOBULINES SOUS-CUTANÉES					
1000107290	Hizentra® 20% Pre-Filled Syringe, CSL Behring	1 g / 5 ml	30		
1000107289	Hizentra® 20% Pre-Filled Syringe, CSL Behring	2 g / 10 ml	30		
1000108062	Hizentra® 20% Pre-Filled Syringe, CSL Behring	4 g / 20 ml	42		
1000109436	Hizentra® 20% Pre-Filled Syringe, CSL Behring	10g/50 ml	18		
1000106690	Hizentra® 20%, CSL Behring	10 g / 50 ml	10		
1000107365	Cuvitru® 20%, Takeda	1 g / 5 ml	40		
1000107366	Cuvitru® 20%, Takeda	2 g / 10 ml	40		
1000107367	Cuvitru® 20%, Takeda	4 g / 20 ml	40		
1000107368	Cuvitru® 20%, Takeda	8 g / 40 ml	40		
1000108200	Cuvitru® 20%, Takeda	10 g / 50 ml	40		
1000107489	Cutaquig® 16.5%, Octapharma	1 g / 6 ml	10		

Réservé à la SCS N° de commande : _____ Commande enregistrée par (initiales) : _____ Date : _____

Les commandes doivent être passées **au moins une semaine avant l'utilisation prévue.**

Le bon de commande peut être téléchargé à partir de notre site Web :

<https://www.blood.ca/fr/hopitaux/commandes-de-produits/formulaires>

COMMANDE D'EXPANSEURS VOLÉMIQUES ET D'IMMUNOGLOBULINES



TOUTES LES COMMANDES DOIVENT ÊTRE FAXÉES

Établissement : _____

Hôpital/Client : _____ Tél. /Fax : _____ Date : _____ Heure : _____

Ville : _____ Demande faite par : _____

Degré de priorité : Normal DQP *Urgente [*Faxe et téléphonez]

Mode de livraison : _____ Date requise : _____ Adresse d'expédition : _____

Commentaires : _____

Accepteriez-vous de recevoir des produits de substitution plutôt que ceux demandés? Oui Non

Code de la SCS	Produit/Fabricant	Format	Nbre de flacons par boîte	Nbre de flacons	Quantité expédiée (réservé à la SCS)
IMMUNOGLOBULINES SOUS-CUTANÉES					
1000107490	Cutaquig® 16.5%, Octapharma	2 g / 12 ml	0		
1000107487	Cutaquig® 16.5%, Octapharma	4 g / 24 ml	10		
1000107488	Cutaquig® 16.5%, Octapharma	8 g / 48 ml	10		
1000109376	HyQvia 10% 2.5g, Takeda	2,5g / 25 ml	36		
1000109377	HyQvia 10% 5g, Takeda	5g / 50 ml	36		
1000109378	HyQvia 10% 10g, Takeda	10g / 100 ml	18		
1000109379	HyQvia 10% 20g, Takeda	20g / 200 ml	12		
1000109380	HyQvia 10% 30g, Takeda	30g / 300 ml	12		

Réservé à la SCS N° de commande : _____ Commande enregistrée par (initiales) : _____ Date : _____

Les commandes doivent être passées **au moins une semaine avant l'utilisation prévue.**

Le bon de commande peut être téléchargé à partir de notre site Web :

<https://www.blood.ca/fr/hopitaux/commandes-de-produits/formulaires>

COMMANDE D'EXPANSEURS **VOLÉMIQUES ET** **D'IMMUNOGLOBULINES**



TOUTES LES COMMANDES DOIVENT ÊTRE FAXÉES

Coordonnées de la Société canadienne du sang

ÉTABLISSEMENT	TÉLÉPHONE	FAX
Colombie-Britannique	604-876-7219	604-879-6669
Brampton	1-877-229-6433	1-888-334-4554
Calgary	403-410-2737	403-410-2791
Dartmouth	1-855-352-5663 Appels locaux : 902-480-5678	1-855-305-6904 Appels locaux : 902-480-5677
Edmonton	780-431-0777	780-433-4478
Terre-Neuve-et-Labrador	1-800-838-6101 Appels locaux : 709-758-8072	709-758-5322
Ottawa	613-560-7212	613-560-7199
Regina	306-347-1606	306-347-1551
Winnipeg	204-789-1034	204-774-2956
Siège social (clients externes)	613-761-3301	613-739-2160

Orders of Plasma Protein & Related Products
must be submitted **at least 1 week** prior to patient use.
Order Forms can be found at <https://www.blood.ca/en/hospitals/submitting-product-orders>