



MOCLI60053

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

DEMANDE D'UTILISATION D'UN MÉDICAMENT ÉMERGENT OU DE NÉCESSITÉ MÉDICALE

Veillez compléter et numériser ce formulaire ET le formulaire obligatoire du MSSS (AH-742) au département de pharmacie.

Il faut compter 7 à 10 jours pour le traitement de la demande. *Pour toute demande urgente, avisez un pharmacien:*

Hôpital Anna Laberge 450 699-2425 poste 4046 / hôpital du Suroît et hôpital Barrie Memorial 450 371-9920 poste 2876

Plan de traitement envisagé (Doit inclure : Posologie détaillée de toutes les doses envisagées, Modalités d'administration, Durée prévue)

Plan de surveillance de l'efficacité clinique (Marqueurs d'efficacité, Valeurs actuelles, Valeurs cibles, Délais visés pour résolution ou amélioration satisfaisante de l'état clinique)

Plan de surveillance de l'innocuité clinique (Effets indésirables à surveiller, Fréquence de suivi, Modalités de prévention et de prise en charge)

Veillez préciser le type de demande. Le médicament est :

- ☐ Non commercialisé au Canada
- ☐ Commercialisé au Canada, mais non homologué pour l'indication visée
- ☐ Non évalué par l'INESSS pour l'indication visée
- ☐ Évalué par l'INESSS, valeur thérapeutique reconnue et décision du ministre en sursis
- ☐ Inscrit sur la liste-établissements de la RAMQ, mais pas pour l'indication visée
- ☐ Évalué par l'INESSS, valeur thérapeutique non reconnue & éléments de la demande correspondent à ceux inclus dans l'avis de l'INESSS
- ☐ Évalué par l'INESSS, valeur thérapeutique non reconnue & éléments de la demande correspondent en partie à ceux inclus dans l'avis de l'INESSS

Pour une demande en ONCOLOGIE, veuillez fournir les informations suivantes :

Type de cancer : _____

Précisions sur le cancer : _____

Stade du cancer (0 À IV) : _____ ECOG (0 à 4): _____

Intention de traitement :

- | | | | |
|--|--|--|--|
| ☐ 1 ^e intention métastatique | ☐ 2 ^e intention métastatique | ☐ 3 ^e intention métastatique | ☐ 4 ^e intention et plus métastatique |
| ☐ Adjuvant | ☐ Consolidation | ☐ Entretien | ☐ Induction |

Pour une demande en provenance d'une spécialité autre que l'oncologie, veuillez fournir les informations suivantes :

Spécialité médicale : _____ Condition médicale et précisions : _____

À titre de prescripteur requérant (mettre ses initiales pour chaque énoncé) :

Initiales Je confirme que j'ai obtenu au moins de façon verbale le consentement libre et éclairé de l'utilisateur/répondant légal, le cas échéant quant au recours éventuel à ce plan de traitement pour tout médicament déjà approuvé par Santé Canada.

Initiales Je confirme que j'ai obtenu de façon écrite (AH-110) le consentement libre et éclairé de l'utilisateur/répondant légal, le cas échéant quant au recours éventuel à ce plan de traitement et ce, pour tout médicament non homologué au Canada ou utilisé hors indication reconnue au Canada.

Initiales Je confirme que je vais assurer la documentation écrite au dossier de l'utilisateur des plans de surveillance clinique de l'efficacité et de l'innocuité et que je vais cesser le traitement en cas d'échec thérapeutique ou d'intolérance au traitement.

Initiales Dans le cas d'un traitement comportant une administration ambulatoire, j'ai complété une demande de médicament/usager d'exception auprès de l'assureur (p.ex. RAMQ ou assureur privé) et avisé l'utilisateur/répondant légal que l'établissement ne peut être tenu responsable de la non-couverture du traitement par le tiers payeur public/privé en ambulatoire. Dans cette éventualité, le traitement pourrait ne pas être poursuivi en ambulatoire.

Initiales Je confirme que l'ensemble du contenu de cette demande a fait l'objet d'une discussion avec un autre membre de l'équipe traitante.

Date _____

Signature du prescripteur _____

Numéro de permis : _____



DT9259

FORMULAIRE DE DEMANDE D'UTILISATION D'UN MÉDICAMENT POUR DES MOTIFS DE NÉCESSITÉ MÉDICALE PARTICULIÈRE

Nom			
Prénom			
Date de naissance		Année	Mois Jour
N° d'assurance maladie	Expiration	Année	Mois
Adresse			
Code postal	N° de téléphone	Ind.rég.	

Un établissement ne peut fournir que des médicaments qui apparaissent sur la liste dressée à cette fin par le ministre. Cette liste ne comprend que des médicaments qui ont reçu un avis de conformité du gouvernement fédéral pour des indications approuvées. Elle est mise à jour périodiquement par le ministre après avoir considéré les recommandations formulées par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Un établissement a l'obligation de fournir un médicament inscrit à la Liste des médicaments-Établissements à un usager dont la condition correspond aux indications reconnues par l'INESSS, s'il n'existe pas d'alternative.

Le médecin ou le dentiste qui désire, pour des motifs de nécessité médicale particulière, utiliser ou prescrire d'autres médicaments que ceux apparaissant sur la Liste des médicaments-Établissements ou des médicaments pour d'autres indications que celles inscrites à cette liste, doit faire une demande au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de son établissement. Il en est de même pour des médicaments qui n'ont pas reçu un avis de conformité du gouvernement fédéral et qui pourraient être disponibles par l'intermédiaire du Programme d'accès spécial (PAS) de Santé Canada.

Toute demande doit être traitée par le CMDP de l'établissement qui fournit le médicament. Ainsi, un médecin ou un dentiste qui désire prescrire un médicament pour des motifs de nécessité médicale particulière doit faire en sorte d'aviser le médecin traitant et l'établissement où le médicament sera fourni. À cet effet, les pharmaciens responsables de l'accès dans les établissements doivent être mis à contribution afin d'établir les liens requis entre les établissements. Par la suite, il appartient au médecin traitant de faire une demande auprès du CMDP s'il le juge approprié.

Médicament demandé	
Nom générique :	Nom commercial :
Posologie :	

Type de demande
☐ Médicament non commercialisé au Canada – Accessible par le Programme d'accès spécial
☐ Médicament non inscrit à la Liste de médicaments – Établissements
☐ Médicament utilisé pour une indication autre que celle inscrite à la Liste de médicaments – Établissements

[illegible]

Nom de l'usager

N° de dossier

UN Avis au ministre publié par l'INESSS concernant ce médicament pour l'indication demandée est disponible
(cocher une ou plusieurs cases).

Le médecin ou le dentiste qui fait la demande doit préciser quels aspects confèrent à sa demande un motif de nécessité médicale particulière. Il doit énoncer clairement quels sont les éléments spécifiques qui distinguent l'usager de la population évaluée par l'INESSS ou des autres considérations sur lesquelles l'INESSS s'est appuyé pour formuler ses recommandations.

☐ de nouvelles données scientifiques sont disponibles (SVP joindre les références)

Précisez : _____

☐ les caractéristiques de l'usager sont différentes de celles de la population évaluée par l'INESSS
(SVP fournir des données scientifiques appuyant la demande)

Précisez : _____

☐ la maladie présente des caractéristiques différentes de celles de la maladie de la population évaluée par l'INESSS
(SVP fournir des données scientifiques appuyant la demande)

Précisez : _____

☐ la demande concerne un médicament qui serait utilisé dans une séquence de traitement différente par rapport à celle recommandée par l'INESSS ou en remplacement du traitement préconisé par l'INESSS, notamment en raison d'une allergie, d'une contre-indication ou d'une raison médicale.

Précisez : _____

AUCUN Avis au ministre publié par l'INESSS concernant ce médicament pour l'indication demandée n'est disponible
Joindre des données scientifiques appuyant la demande.

Précisez : _____

Nom du médecin		Signature	Date		
	N° de permis		Année	Mois	Jour