

Demande de protéines plasmatiques pour un patient désigné

RENSEIGNEMENTS À FOURNIR PAR L'HÔPITAL OU LE MÉDECIN DEMANDEUR

Utilisez ce formulaire pour une première demande, un renouvellement de contrat ou une mise à jour. Pour les demandes subséquentes, utilisez le formulaire de commande de protéines plasmatiques en indiquant le numéro de contrat qui vous aura été attribué. S'applique uniquement aux produits autorisés au Canada; pour les produits non autorisés, consultez la page Web de Santé Canada pour le Programme d'accès spécial. Les formulaires incomplets seront retournés. **Envoyez ensemble demande(s) et commande(s) à votre centre de distribution deux semaines avant que le produit soit requis. À noter qu'en cas de nécessité d'approbation médicale, le traitement de la demande peut prendre trente (30) jours.**

Section I : Hôpital demandeur et patient (à remplir pour tout type de demande)

Nom de l'hôpital : _____ Date de la demande : _____

Personne-ressource : _____ Coord. (tél., courriel, etc.) : _____

Adresse d'expédition
(si autre que l'établissement demandeur) : _____

Identifiant du patient : _____ Année de naissance : _____

Ex. : n° de patient à la clinique; s'il n'y en a pas, quatre derniers chiffres de la carte santé (ne pas indiquer le n° complet de la carte santé)

Médecin demandeur : Prénom, nom Coord. (tél., courriel, etc.) : _____

Section II : Changement concernant un patient, renouvellement ou informations complémentaires ou S.O.

N° de patient : _____ N° de contrat : _____
(Société canadienne du sang) (Société canadienne du sang)

Raison du changement ou du renouvellement :

Section III : Produit et critères ou S.O.

Diagnostic :

Eloctate <input type="checkbox"/>	Aprolix <input type="checkbox"/>	Hemlibra <input type="checkbox"/>	Panhematin <input type="checkbox"/>	Autre produit <input type="checkbox"/> <small>(peut nécessiter une approbation médicale)</small>
<p>Critères (sélectionner le ou les critères applicables)</p> <p>Jusqu'à 100 jours d'exposition <input type="checkbox"/></p> <p>Induction de la tolérance immunitaire (ITI) <input type="checkbox"/></p> <p>Autre (indiquer la raison ci-dessous) <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Une approbation médicale est requise (environ 30 jours) pour tout critère « Autre ».</p> <p>Date prévue de la transition vers l'autre produit : _____</p>	<p>Critères (sélectionner le ou les critères applicables)</p> <p>Âge : < 18 ans <input type="checkbox"/></p> <p>Autre (indiquer la raison ci-dessous) <input type="checkbox"/></p>	<p>Répond aux critères ci-dessous <input type="checkbox"/> Ne répond pas aux critères (expliquez) <input type="checkbox"/></p> <p>Hémophilie A congénitale (carence en facteur VIII) avec présence d'inhibiteurs (anticorps) contre le facteur VIII (> 0,6 UB/ml) confirmée à plusieurs reprises par des analyses appropriées.</p> <p style="text-align: center;">ET</p> <p>Produit prescrit par un médecin affilié à un centre de traitement de l'hémophilie.</p>	<p>Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Répond aux critères ci-dessous <input type="checkbox"/> Ne répond pas aux critères (expliquez) <input type="checkbox"/></p> <p>Le patient a-t-il déjà reçu ce traitement (demande de réapprovisionnement)? <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, combien de flacons ont été utilisés? Format _____ Quantité _____ Ou S.O. <input type="checkbox"/></p> <p>Amélioration des crises récurrentes de porphyrie aiguë intermittente temporairement liée au cycle menstruel chez les femmes à risque chez qui la prise d'aliments sucrés s'est révélée inefficace ou est susceptible de l'être.</p>	<p>Produit :</p> <p>Critères ou indications thérapeutiques (indiquer ci-dessous) :</p> <p>Fournir une explication.</p>

Explication :

Demande de protéines plasmatiques pour un patient désigné

Section IV : QUANTITÉ TOTALE DE FLACONS REQUISE

Durée du traitement (en mois) :

Format		Format		Format		Format		Format	
Quantité		Quantité		Quantité		Quantité		Quantité	

Fréquence de ramassage : Chaque mois Tous les 2 mois Tous les 3 mois Autre (préciser) : _____

Date du prochain ramassage : _____

La durée maximale des contrats étant de **12 mois**, une demande de renouvellement est exigée tous les 12 mois.

Commentaires : _____

Section V : Medical Review and SAP Information (CBS Use Only)

Approved
 Approved with conditions
 Denied
 Reviewed
 Eloctate or Alprolix 30-day approval
 N/A

See Medical Decision if product criteria not met

Comments: _____

If decision verbal: indicate decision and in comment section record as per Doctor (input doctors name) initial and date. Example: as per Dr. Jane Doe LA 2018-07-27

Completed by and date: _____

SAP Patient #: _____ SAP Contract #: _____ Entered by and date: _____