

Demande de protéines plasmatiques et de produits connexes pour un patient désigné



Société
canadienne
du sang

SANG
PLASMA
CELLULES SOUCHES
ORGANES
ET TISSUS

RENSEIGNEMENTS À FOURNIR PAR L'HÔPITAL OU LE MÉDECIN DEMANDEUR

Ce formulaire doit être utilisé pour une première demande, un renouvellement de contrat ou une mise à jour. Il ne s'applique qu'aux produits autorisés au Canada. Pour les produits non autorisés, consultez la page Web du Programme d'accès spécial de Santé Canada. Envoyez ensemble **demande(s) et commande(s)** au **Centre de distribution régional de la Société canadienne du sang** deux semaines avant que le produit soit requis. Si une approbation médicale est requise, le traitement de la demande peut prendre jusqu'à **30 jours**. Si la demande est approuvée, le numéro de contrat attribué devra être indiqué sur les demandes subséquentes faites au moyen du formulaire de commande de protéines plasmatiques et de produits connexes. ***Le numéro de contrat sera envoyé par courriel ou fax à la personne-ressource ci-dessous.**

Section I : Hôpital demandeur et patient (à remplir pour tous les types de demande)	
Hormis les cas d'urgence, vous confirmez, en soumettant cette demande, avoir fourni au patient une copie du document <i>Déclaration de confidentialité concernant les protéines plasmatiques et les produits connexes (patients)</i>.	
Renseignements sur l'hôpital	Renseignements sur le patient
N° de client de la Société canadienne du sang, s'il est connu :	
Date de la demande : (AAAA-MM-JJ) _____	Nom, prénom : _____
Nom de l'hôpital : _____	Date de naissance : (AAAA-MM-JJ) _____ Sexe : (H/F) _____
Personne-ressource : _____	Taille (cm) : _____ Poids (kg) : _____
Courriel/Fax : _____	N° de carte santé provinciale ou territoriale : _____
Adresse d'expédition : _____	
Médecin demandeur : _____	Province ou territoire de résidence : _____
Courriel/Téléphone : _____	
Section II : Type de demande	
<input type="checkbox"/> Renouvellement (changements y compris) <input type="checkbox"/> Informations complémentaires <input type="checkbox"/> Nouveau patient (passer à la section III)	
N° de patient : (Société canadienne du sang) _____	N° de contrat : (Société canadienne du sang) _____
Section III : Produit et critères	
Diagnostic :	
<input type="checkbox"/> Émicizumab (Hemlibra)	<input type="checkbox"/> Panhematin
Produit prescrit par un hématalogue ayant de l'expérience dans le diagnostic et la gestion de l'hémophilie A ET <input type="checkbox"/> Hémophilie A congénitale avec présence d'inhibiteurs anti-facteur VIII (> 0,6 UB/ml) confirmée à plusieurs reprises par des analyses appropriées <input type="checkbox"/> Hémophilie A congénitale sévère sans inhibiteurs (facteur VIII intrinsèque < 1 %) : en prophylaxie de routine pour prévenir les hémorragies ou réduire la fréquence des épisodes hémorragiques <input type="checkbox"/> Autre* (justifier à la page 2)	<input type="checkbox"/> Soulage les crises récurrentes de porphyrie aiguë intermittente temporairement liées au cycle menstruel chez les femmes qui en souffrent, lorsqu'on observe ou qu'on soupçonne que le traitement initial par les glucides est inadéquat. <input type="checkbox"/> Urgence
<input type="checkbox"/> Autre produit (une approbation médicale peut être requise)	
*Lorsque les critères sont « Autre », un examen médical sera requis (peut prendre jusqu'à 30 jours).	

Demande de protéines plasmatiques et de produits connexes pour un patient désigné



Société
canadienne
du sang

SANG
PLASMA
CELLULES SOUCHES
ORGANES
ET TISSUS

Renseignements complémentaires sur les produits pour l'hémophilie (*valeurs requises)				Autres renseignements complémentaires	
Inhibiteurs du FVIII (UB/ml)*		N ^{bre} d'articulations cibles			
FVIII intrinsèque (%)*		N ^{bre} de visites à l'hôpital ou en clinique pour le traitement d'hémorragies durant la dernière année			
Taux annuel d'hémorragies*					
Traitement antérieur ou <input type="checkbox"/> S.O.					
Nom du produit	Dose	Voie d'administration	Fréquence d'administration	Indication (p. ex. prophylaxie, sur demande)	
Renseignements sur le nouveau traitement demandé					
Nom du produit	Dose	Voie d'administration	Fréquence d'administration	Indication (p. ex. prophylaxie, sur demande)	
Motif du changement de traitement ou de l'instauration du nouveau traitement :					
Section IV : Quantité totale de flacons requise (pour connaître les produits et formats disponibles, voir le formulaire de commande)					
La durée maximale des contrats étant de 12 mois , une demande de renouvellement est exigée tous les 12 mois.					
Format du flacon	Quantité totale du contrat	Quantité à ramasser	Fréquence du ramassage (p. ex. tous les 3 mois)	Durée du contrat (12 mois max.)	
Date du prochain ramassage :	Commentaires :				
Section V: Medical Review and SAP Information, CBS Use Only					
Approved <input type="checkbox"/> Approved with conditions <input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/> Reviewed <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> <i>See Medical Review if product criteria not met</i>					
Comments:					
<small>If medical review was obtained verbally: indicate results of review and in comment section record as per Doctor (input doctor's name) initial and date. Example: as per Dr. Jane Doe LA 2019-07-27</small>					
SAP Patient #:	SAP Contract #:	Completed/Entered by and date:			