

## 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"/>	Alprolix <input type="checkbox"/>	Hemlibra <input type="checkbox"/>	Panhematin <input type="checkbox"/>	Autre produit <input type="checkbox"/> (peut nécessiter une approbation médicale)
<b>Critères (sélectionner le ou les critères applicables)</b>  Jusqu'à 100 jours d'exposition <input type="checkbox"/>  Induction de la tolérance immunitaire (ITI) <input type="checkbox"/>  Autre (indiquer la raison ci-dessous) <input type="checkbox"/>  Une approbation médicale est requise (environ 30 jours) pour tout critère « Autre ».	<b>Critères (sélectionner le ou les critères applicables)</b>  Âge : < 18 ans <input type="checkbox"/>  Autre (indiquer la raison ci-dessous) <input type="checkbox"/>	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. <b>ET</b> Produit prescrit par un médecin affilié à un centre de traitement de l'hémophilie.	Le patient a-t-il déjà reçu ce traitement (demande de réapprovisionnement)? <input type="checkbox"/>  Si oui, combien de flacons ont été utilisés? Format _____ Quantité _____ Ou S.O. <input type="checkbox"/>  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.	<b>Produit :</b>  <b>Critères ou indications thérapeutiques</b> (indiquer ci-dessous) :  <b>Fournir une explication.</b>
Date prévue de la transition vers l'autre produit : _____				

**Explication ou commentaires :**

## Demande de protéines plasmatiques pour un patient désigné

**Section IV : Quantité totale de flacons requise**  
(pour connaître les produits et formats disponibles, voir le formulaire de commande)

**Durée du traitement (en mois) :**

<b>Format</b>									
<b>Quantité</b>		<b>Quantité</b>		<b>Quantité</b>		<b>Quantité</b>		<b>Quantité</b>	

**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 Review if product criteria not met*

**Comments:** \_\_\_\_\_

If medical review was obtained verbally: indicate results of review and in comment section record as per Doctor (input doctors name) initial and date.  
Example: as per Dr. Jane Doe LA 2019-07-27

Completed by and date: \_\_\_\_\_

SAP Patient #: \_\_\_\_\_      SAP Contract #: \_\_\_\_\_      Entered by and date: \_\_\_\_\_