

# FORMULAIRE D'AUTORISATION PRÉLIMINAIRE DU PROGRAMME

Actemra® ( Tocilizumab )

**Instructions:**

1. Section 1 à être complétée par le participant au régime / le patient
2. Section 2 à être complétée par le médecin (les dépenses encourues pour remplir ce formulaire sont aux frais du participant au régime)
3. Section 3 à être complétée par le pharmacien

Veillez télécopier le formulaire complété à NexgenRx Formulary Management au 1-877-639-4369 ou le poster au 145 The West Mall P.O. Boîte 110 U, Toronto, Ontario, M8Z-5M4

**Section 1 : À être complétée par le patient**

Nom du participant : (Nom, prénom)	Numéro de la carte d'identité :	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width:2%;"> </td><td style="width:2%;"> </td><td style="width:2%;"> </td><td style="width:2%;"> </td><td style="width:2%;"> </td><td style="width:2%;"> </td><td style="width:2%;"> </td><td style="width:2%;"> </td><td style="width:2%;"> </td><td style="width:2%;"> </td><td style="width:2%;"> </td><td style="width:2%;"> </td><td style="width:2%;"> </td><td style="width:2%;"> </td><td style="width:2%;"> </td><td style="width:2%;"> </td><td style="width:2%;"> </td><td style="width:2%;"> </td><td style="width:2%;"> </td><td style="width:2%;"> </td><td style="width:2%;"> </td> </tr> </table>																					
Nom du patient : (Nom, prénom)	Date de naissance du patient (jj/mm/aa)	Lien avec le participant (encercler) Employé    Conjoint(e)    Dépendant		CODE DU PATIENT																			

**Les résultats de cette demande doivent être communiqués à :**

Pharmacie                     
  Patient / Tuteur légal indiqué ci-après                     
  courriel : \_\_\_\_\_

**J'autorise NexgenRx Inc. (a) à utiliser l'information personnelle divulguée dans ce formulaire et toute autre information personnelle connue à NexgenRx Inc. concernant le patient ci-haut mentionné, aux fins d'évaluation de cette demande d'autorisation préliminaire et de toute réclamation relative et à l'administration du régime d'indemnisation en vertu du quel les réclamations pertinentes sont faites et (b) à contacter et à obtenir toute information relative et à divulguer les informations personnelles relatives à tout médecin, pharmacien ou autre professionnel de la santé ayant une connaissance de la santé du dit-patient relative à cette demande et à toute réclamation pertinente.**

Patient / Nom du tuteur légal : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Signature du patient / du tuteur légal : \_\_\_\_\_ Date (jj/mm/aa): \_\_\_\_\_

**Section 2 : À être complétée par le médecin**

Nom du médicament et sa concentration :	DIN:	Instruction de dosage :
---	------	-------------------------

Actemra est indiqué pour :

- Réduire les signes et symptômes de la polyarthrite rhumatoïde évolutive modérée ou grave chez des adultes. À la semaine 52, il a été montré qu'Actemra, en association avec le méthotrexate, réduit le taux de progression des lésions articulaires mesurées par radiographie.
- Actemra s'administre en association avec du méthotrexate (MTX) ou d'autres antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM); toutefois, en cas d'intolérance au MTX ou si l'administration de MTX n'est pas appropriée, ACTEMRA peut aussi être administré en monothérapie.
- Actemra est indiqué dans le traitement des signes et symptômes de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants de 2 ans ou plus qui n'ont pas répondu adéquatement à un traitement antérieur par des ARMM et des corticostéroïdes à action générale.
- Actemra est indiqué dans le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique évolutive chez les patients âgés de 2 ans ou plus qui n'ont pas répondu adéquatement à un traitement antérieur par un ou plusieurs anti-inflammatoires non stéroïdiens et des corticostéroïdes à action générale.

Nom du médecin : (Nom, prénom)	Numéro de permis de pratique :
Adresse : (Rue, ville, province, code postal)	Numéro de téléphone : (    ) - No. de télécopieur :    (    ) -
Signature du médecin :	Date (jj/mm/aa)

**Section 3 : À être complétée par le pharmacien**

Nom du pharmacien :	Numéro du fournisseur :
Adresse du pharmacien : (Rue, ville, province, code postal)	Numéro de téléphone : (    ) - No. de télécopieur :    (    ) -
Signature du pharmacien : _____	
Nom du pharmacien : (Nom, prénom) _____ (en lettres moulées)	

**À l'usage exclusif du bureau interne :**

Date de réception :		Date d'approbation et par :
---------------------	--	-----------------------------