

FORMULAIRE D'AUTORISATION PRÉLIMINAIRE DU PROGRAMME

Cimzia® (Certolizumab)

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

Veuillez 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 :	
Nom du patient : (Nom, prénom)	Date de naissance du patient (jj/mm/aa)	Lien avec le participant (encercler)
		<input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Dépendant
CODE DU PATIENT		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

Les résultats de cette demande doivent être communiqués à :

<input type="checkbox"/> Pharmacie	<input type="checkbox"/> Patient / Tuteur légal indiqué ci-après	<input type="checkbox"/> courriel :
<p>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 duquel 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.</p>		
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 :

L'admissibilité au remboursement des médicaments est conditionnelle à ce que le patient se conforme à au moins un des critères de qualification listés ci-après. Si le patient a un autre régime médicament, l'autorisation préliminaire peut couvrir une partie ou tout l'excédent non couvert par le régime primaire.

- Polyarthrite rhumatoïde
Cimzia en association avec le méthotrexate est indiqué pour :
 - la diminution des signes et des symptômes, l'induction d'une réponse clinique majeure et l'atténuation de la progression des lésions articulaires visibles à la radiographie chez l'adulte atteint de polyarthrite rhumatoïde active modérée ou sévère.
- Cimzia peut être utilisé en monothérapie pour atténuer les signes et les symptômes de la polyarthrite rhumatoïde active modérée ou sévère chez l'adulte qui ne tolère pas le méthotrexate.
- Rhumatisme psoriasique
Cimzia en monothérapie ou en association avec le méthotrexate est indiqué pour :
 - la diminution des signes et des symptômes et l'atténuation de la progression des lésions structurales visibles à la radiographie chez l'adulte atteint de rhumatisme psoriasique actif modéré ou sévère chez qui le traitement par un ou plusieurs agents de rémission a échoué.
- Spondylarthrite ankylosante Cimzia est indiqué pour : la diminution des signes et des symptômes chez l'adulte atteint de spondylarthrite ankylosante active ayant présenté une réponse inadéquate au traitement classique
- pour le traitement des adultes qui sont atteints de psoriasis en plaques chronique de sévérité modérée à élevée et candidats à un traitement systémique

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)

FORMULAIRE D'AUTORISATION PRÉLIMINAIRE DU PROGRAMME

Cimzia® (Certolizumab)

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 :
---------------------	--	--	-----------------------------