

FORMULAIRE D'AUTORISATION PRÉLIMINAIRE DU PROGRAMME

Enbrel® (Etenerecept)

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 : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom du patient : (Nom, prénom) | Date de naissance du patient (jj/mm/aa) | Lien avec le participant (encrer) | | | CODE DU PATIENT | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Employé | Conjoint(e) | Dépendant | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 : |
|------------------------------------|--|-------------------------------------|

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 : |
|---|------|-------------------------|

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.

Enbrel est indiqué pour :

- le traitement des poussées évolutives des formes modérées ou graves de la polyarthrite rhumatoïde chez les adultes. Le traitement est efficace pour réduire les signes et les symptômes de la polyarthrite rhumatoïde, induire une réponse clinique marquée, inhiber la détérioration structurale et améliorer la capacité physique. Le traitement par ENBREL peut être instauré en association avec le méthotrexate (MTX) chez les adultes ou être utilisé seul;
- atténuer les signes et les symptômes des poussées évolutives des formes modérées ou graves d'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les patients âgés de quatre à 17 ans qui n'ont pas réagi de façon satisfaisante à au moins un traitement antirhumatismal de fond. On n'a pas étudié ENBREL chez les enfants de moins de quatre ans;
- atténuer les signes et les symptômes associés à la détérioration structurale provoquée par les poussées évolutives du rhumatisme psoriasique, inhiber la progression de ces lésions et améliorer la fonction physique chez les adultes atteints de rhumatisme psoriasique. ENBREL peut être associé au méthotrexate chez les adultes qui n'ont pas répondu adéquatement au méthotrexate seul;
- réduire les signes et les symptômes des poussées évolutives de la spondylarthrite ankylosante;
- traiter les adultes atteints d'une forme chronique, modérée ou grave, de psoriasis en plaques dont le cas relève d'un traitement général ou de la photothérapie.

| | |
|---|--------------------------------|
| 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 : | |
|---------------------|--|-----------------------------|--|