

FORMULAIRE D'AUTORISATION PRÉLIMINAIRE DU PROGRAMME

Entyvio® (Vedolizumab)

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) Employé Conjoint(e) Dépendant |
| | | CODE DU PATIENT |

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.

Entyvio est indiqué pour le traitement des patients adultes atteints de colite ulcéreuse active modérée à grave qui ont présenté une réponse inadéquate, une perte de réponse ou une intolérance au traitement standard ou à l'infliximab (un inhibiteur du facteur de nécrose tumorale alpha [TNFα]).

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