145 The West Mall, P.O. Box 110 U
Toronto, ON M8Z 5M4

FORMULAIRE D'AUTORISATION PRÉLIMINAIRE DU PROGRAMME

Inflectra® (Infliximab)

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 :

☐ 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 :

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.

Inflectra est indiqué:

•□en association avec le méthotrexate, pour la réduction des signes et des symptômes, l'inhibition de la progression de l'atteinte structurale et l'amélioration de la capacité fonctionnelle chez les adultes présentant des poussées évolutives des formes modérées à graves de polyarthrite rhumatoïde; □ pour la réduction des signes et des symptômes des poussées évolutives de la spondylarthrite ankylosante et l'amélioration de la capacité fonctionnelle chez les patients atteints de cette maladie dont la réponse au traitement standard n'est pas satisfaisante ou qui le tolèrent mal;

□ pour la réduction des signes et des symptômes, l'induction d'une importante réponse clinique, l'inhibition de la progression de l'atteinte structurale associée à l'arthrite en phase active et l'amélioration de la capacité fonctionnelle chez les patients atteints de rhumatisme psoriasique;

□ pour le traitement des adultes atteints de formes modérées à graves de psoriasis en plaques chronique et candidats à un traitement systémique; chez les patients atteints d'une forme modérée de psoriasis en plaques chronique, Inflectra ne devrait être administré que lorsque la photothérapie s'est révélée inefficace ou inappropriée; pour évaluer la gravité du psoriasis, le médecin doit prendre en compte l'étendue et le siège des lésions, la réponse aux traitements antérieurs et l'incidence de la maladie sur la qualité de vie du patient.

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 :