

# FORMULAIRE D'AUTORISATION PRÉLIMINAIRE DU PROGRAMME

## Lemtrada MD (Alemtruzumab)

**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: 02418320	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.**

Adultes : Lemtrada est indiqué pour la prise en charge des patients adultes atteints de la de la sclérose en plaques (SP) forme rémittente, définie par les facteurs cliniques et les résultats d'imagerie lorsque la reponse a été insuffisante aux traitements,interferon beta ou à d'autres traitements modificateurs de la maladie.

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