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

FORMULAIRE D'AUTORISATION PRÉLIMINAIRE DU PROGRAMME

Repatha® (Evolocumab)

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: 02446057	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 :

□ Hyperlipidémie primaire :Repatha est indiqué comme traitement d'appoint au régime alimentaire et à la dose maximale tolérée d'une statine chez les patients adultes atteints d'hypercholestérolémie familiale (HF) hétérozygote ou de maladie cardiovasculaire (MCV) athéroscléreuse cliniquement manifeste qui ont besoin d'une réduction additionnelle de leur taux de cholestérol des lipoprotéines de faible densité (C-LDL). Les effets de REPATHA sur la morbidité et la mortalité cardiovasculaires n'ont pas été établis.

□Hypercholestérolémie familiale homozygote **:**Repatha est indiqué comme traitement d'appoint au régime alimentaire et à d'autres traitements servant à abaisser le taux de cholestérol des lipoprotéines de faible densité (C-LDL) (p. ex., les statines, l'ézétimibe, l'aphérèse des LDL) chez les patients adultes et les adolescents de 12 ans ou plus atteints d'hypercholestérolémie familiale (HF) homozygote qui ont besoin d'une réduction additionnelle de leur taux de C-LDL.

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 :