

# FORMULAIRE D'AUTORISATION PRÉLIMINAIRE DU PROGRAMME Rituxan® ( Rituximab)

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

**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.**

Polyarthrite rhumatoïde (PR)

Rituxan en association avec le méthotrexate, est indiqué chez les patients adultes : pour soulager les signes et les symptômes de la polyarthrite rhumatoïde évolutive modérée ou grave chez les adultes ayant montré une réponse inadéquate ou une intolérance à un ou plusieurs traitements par des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF).

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