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

FORMULAIRE D'AUTORISATION PRÉLIMINAIRE DU PROGRAMME

Sativex® (Delta-9-Tetrahydrocannabinol)

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.

□ Sativex est un traitement d'appoint utile pour le soulagement des symptômes de spasticité en présence de sclérose en plaques chez les adultes qui n'ont pas bien répondu à d'autres traitements et chez qui un essai initial du traitement a produit une amélioration appréciable.
□Sativexpeut être un traitement d'appoint utile pour le soulagement de la douleur neuropathique chez les adultes atteints de sclérose en plaques.
Le médecin qui décide d'administrer SATIVEX® pendant longtemps doit périodiquement réévaluer l'utilité de Sativex pour le patient.
□Sativex peut être un traitement analgésique d'appoint utile chez les adultes atteints de cancer avancé qui présentent une douleur modérée ou grave pendant un puissant traitement opioïde administré à la plus forte dose tolérée contre une douleur de fond persistante.

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 :