

# FORMULAIRE D'AUTORISATION PRÉLIMINAIRE DU PROGRAMME

Simponi® ( Golimumab )

## 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:	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.**

Simponi, en association avec le méthotrexate (MTX), est indiqué :

- pour la réduction des signes et des symptômes et l'amélioration du fonctionnement physique chez les patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde modérément à sévèrement active;
- pour ralentir la progression des dommages structuraux chez les patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde modérément à sévèrement active et qui n'ont pas reçu de traitement antérieur par le MTX.
- est indiqué pour la réduction des signes et des symptômes de la maladie, pour le ralentissement de la progression des dommages structuraux et pour l'amélioration du fonctionnement physique chez les patients adultes atteints de rhumatisme psoriasique modérément à sévèrement actif. SIMPONI® peut être utilisé en association avec du MTX chez les patients qui ne répondent pas bien au MTX seul.
- pour la réduction des signes et des symptômes chez les patients adultes atteints de spondylarthrite ankylosante active dont la réponse au traitement standard n'est pas satisfaisante.
- adultes atteints de colite ulcéreuse modérément à sévèrement active qui n'ont pas répondu de manière satisfaisante aux traitements standard, comprenant les corticostéroïdes, les aminosalicyles, l'azathioprine (AZA) ou la 6-mercaptopurine (6-MP), ou qui présentent des contre-indications médicales à ces traitements, pour :
  - l'induction et le maintien de la réponse clinique (réduction des signes et des symptômes);
  - l'induction d'une rémission clinique;
  - l'obtention d'une rémission clinique soutenue chez les patients ayant répondu au traitement d'induction;
  - l'amélioration de l'apparence endoscopique de la muqueuse intestinale pendant le traitement d'induction (voir ÉTUDES CLINIQUES). SIMPONI® I.V.
- en association avec du méthotrexate, est indiqué pour le traitement des patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde modérément à sévèrement active.

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)

# FORMULAIRE D'AUTORISATION PRÉLIMINAIRE DU PROGRAMME

Simponi® ( Golimumab )

## 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 :
---------------------	--	--	-----------------------------