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

# FORMULAIRE D'AUTORISATION PRÉLIMINAIRE DU PROGRAMME

## Tremfya™ (Guselkumab )

**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)<br>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: 02469758 | 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**

□ **Tremfya** est indique´ pour le traitement du psoriasis en plaque modéré à grave, chez les adultes qui sont candidats à un traitement systemique ou à une photothérapie

| | |
|---|---|
| Nom du médecin : (Nom, prénom) | Numéro de permis de pratique : |
| Adresse : (Rue, ville, province, code postal) | Numéro de téléphone : ( ) -<br>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 : ( ) -<br>No. de télécopieur : ( ) - |
| Signature du pharmacien : _____<br>Nom du pharmacien :(Nom, prénom) _____<br>(en lettres moulées) | |

### À l'usage exclusif du bureau interne :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Date de réception : | | | Date d'approbation et par : |