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

FORMULAIRE D'AUTORISATION PRÉLIMINAIRE DU PROGRAMME

Xolair (Omalizumab)

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 patient nommé 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.

□ Xolair est indiqué chez les adultes et les adolescents (de 12 ans et plus) atteints d'asthme persistant modéré à grave qui ont obtenu un résultat positif à un test cutané ou à une épreuve de réactivité in vitro après avoir été exposés à un pneumallergène apériodique, et dont les symptômes ne sont pas parfaitement maîtrisés au moyen d'une corticothérapie en inhalation. Il a été démontré que XOLAIRMD diminue de façon significative la fréquence des crises d'asthme et améliore la maîtrise des symptômes asthmatiques chez ces patients. L'innocuité et l'efficacité du produit n'ont pas été établies dans d'autres affections allergiques.

□ Xolair est indiqué chez les enfants de 6 ans et a moins de 12 ans. Il a été démontré que Xolair emploie comme traitement ,diminue de façon significative la fréquence des crises d'asthme, chez les enfants dont les symptômes ne sont pas parfaitement maitrises, et qui presentment des antécédents documentés d'exacerbations

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 :