

# Demande de protéines plasmatiques pour un patient désigné

## RENSEIGNEMENTS À FOURNIR PAR L'HÔPITAL OU LE MÉDECIN DEMANDEUR

Utilisez ce formulaire pour une première demande, un renouvellement de contrat ou une mise à jour. Pour les demandes subséquentes, utilisez le formulaire de commande de protéines plasmatiques en indiquant le numéro de contrat qui vous aura été attribué. S'applique uniquement aux produits autorisés au Canada; pour les produits non autorisés, consultez la page Web de Santé Canada pour le Programme d'accès spécial. Les formulaires incomplets seront retournés. **Envoyez ensemble demande(s) et commande(s) à votre centre de distribution deux semaines avant que le produit soit requis. À noter qu'en cas de nécessité d'approbation médicale, le traitement de la demande peut prendre trente (30) jours.**

Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_ Date de la demande : \_\_\_\_\_

Personne-ressource : \_\_\_\_\_ Coord. (tél., courriel, etc.) : \_\_\_\_\_

Adresse d'expédition  
(si autre que l'établissement demandeur) : \_\_\_\_\_

Identifiant du patient : \_\_\_\_\_ Année de naissance : \_\_\_\_\_

Ex. : n° de patient à la clinique; s'il n'y en a pas, quatre derniers chiffres de la carte santé (ne pas indiquer le n° complet de la carte santé)

Médecin demandeur : Prénom, nom Coord. (tél., courriel, etc.) : \_\_\_\_\_

### Section II : Changement concernant un patient, renouvellement ou informations complémentaires ou S.O.

N° de patient : \_\_\_\_\_ N° de contrat : \_\_\_\_\_  
(Société canadienne du sang) (Société canadienne du sang)

**Raison du changement ou du renouvellement :**

### Section III : Produit et critères ou S.O.

**Diagnostic :**

Eloctate <input type="checkbox"/>	Aprolix <input type="checkbox"/>	Hemlibra <input type="checkbox"/>	Panhematin <input type="checkbox"/>	Autre produit <input type="checkbox"/> <small>(peut nécessiter une approbation médicale)</small>
<p><b>Critères (sélectionner le ou les critères applicables)</b></p> <p>Jusqu'à 100 jours d'exposition <input type="checkbox"/></p> <p>Induction de la tolérance immunitaire (ITI) <input type="checkbox"/></p> <p>Autre (indiquer la raison ci-dessous) <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Une approbation médicale est requise (environ 30 jours) pour tout critère « Autre ».</p>	<p><b>Critères (sélectionner le ou les critères applicables)</b></p> <p>Âge : &lt; 18 ans <input type="checkbox"/></p> <p>Autre (indiquer la raison ci-dessous) <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Répond aux critères ci-dessous <input type="checkbox"/></b> <b>Ne répond pas aux critères (expliquez) <input type="checkbox"/></b></p> <p>Hémophilie A congénitale (carence en facteur VIII) avec présence d'inhibiteurs (anticorps) contre le facteur VIII (&gt; 0,6 UB/ml) confirmée à plusieurs reprises par des analyses appropriées.</p> <p style="text-align: center;"><b>ET</b></p> <p>Produit prescrit par un médecin affilié à un centre de traitement de l'hémophilie.</p>	<p><b>Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/></b> <b>Répond aux critères ci-dessous <input type="checkbox"/></b> <b>Ne répond pas aux critères (expliquez) <input type="checkbox"/></b></p> <p>Le patient a-t-il déjà reçu ce traitement (demande de réapprovisionnement)? <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, combien de flacons ont été utilisés? Format _____ Quantité _____ Ou S.O. <input type="checkbox"/></p> <p>Amélioration des crises récurrentes de porphyrie aiguë intermittente temporairement liée au cycle menstruel chez les femmes à risque chez qui la prise d'aliments sucrés s'est révélée inefficace ou est susceptible de l'être.</p>	<p><b>Produit :</b></p> <p><b>Critères ou indications thérapeutiques (indiquer ci-dessous) :</b></p> <p><b>Fournir une explication.</b></p>
<p><b>Explication :</b></p>				

## Demande de protéines plasmatiques pour un patient désigné

### Section IV : QUANTITÉ TOTALE DE FLACONS REQUISE

(pour connaître les produits et formats disponibles, voir le formulaire de commande)

**Durée du traitement (en mois) :**

| Format   |  |
|----------|--|----------|--|----------|--|----------|--|----------|--|
| Quantité |  |

**Fréquence de ramassage :**    Chaque mois     Tous les 2 mois     Tous les 3 mois     Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

**Date du prochain ramassage :** \_\_\_\_\_

La durée maximale des contrats étant de **12 mois**, une demande de renouvellement est exigée tous les 12 mois.

**Commentaires :**

### Section V : Medical Review and SAP Information (CBS Use Only)

**Approved**    
 **Approved with conditions**    
 **Denied**    
 **Reviewed**    
 **Eloctate or Alprolix 30-day approval**    
 **N/A**

*See Medical Decision if product criteria not met*

**Comments:**

If decision verbal: indicate decision and in comment section record as per Doctor (input doctors name) initial and date. Example: as per Dr. Jane Doe LA 2018-07-27

Completed by and date: \_\_\_\_\_

SAP Patient #:

SAP Contract #:

Entered by and date: \_\_\_\_\_