

## 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 le site Web de Santé Canada. 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.**

### Section I : Hôpital demandeur et patient

Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_ Date de la demande : \_\_\_\_\_ AAAA-MM-JJ

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

Adresse d'expédition (si autre que hôpital/clinique) : \_\_\_\_\_

Identifiant du patient : \_\_\_\_\_ Année de naissance : \_\_\_\_\_ AAAA  
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 et nom de famille \_\_\_\_\_ Coord. (tél., courriel, etc.) : \_\_\_\_\_

### Section II : Changement concernant un patient, renouvellement ou information obtenue ultérieurement ou S. O.

N° du patient – Société canadienne du sang : \_\_\_\_\_ N° du contrat – Société canadienne du sang : \_\_\_\_\_

Raison du changement ou du renouvellement : \_\_\_\_\_

### Section III : Demande d'Eloctate ou d'Alprolix ou S. O.

#### Diagnostic

#### Eloctate

**Critères** (sélectionnez le ou les critères applicables)

Jusqu'à 100 jours d'exposition

Induction de la tolérance immunitaire

Autre (indiquer la raison ci-dessous)

#### Alprolix

**Critères** (sélectionnez le ou les critères applicables)

Âge : < 18 ans

Autre (indiquer la raison ci-dessous)

Lorsque les critères pour l'**Eloctate** ou l'**Alprolix** sont « Autre », une approbation médicale est requise (délai d'environ 30 jours).

Raison : \_\_\_\_\_

Date de transition prévue de l'Eloctate ou de l'Alprolix au nouveau produit : \_\_\_\_\_

### Section IV : QUANTITÉ TOTALE de fioles d'Eloctate et d'Alprolix (consultez le formulaire de commande pour les produits et formats disponibles)

#### Durée du traitement en mois :

Format	Format	Format	Format	Format
Quantité	Quantité	Quantité	Quantité	Quantité

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

Mois du prochain ramassage : \_\_\_\_\_

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

#### Commentaires :

### Section V: CBS Use Only (Approval required for Category "Other")

Approved

Approved with conditions (see below)

Denied

See Medical Decision Letter attach if request was for criteria "Other"

#### 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: \_\_\_\_\_