

Demande de protéines plasmatiques de rechange

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 de protéines plasmatiques de rechange ou S. O.

Produit demandé (indiquez tout autre produit qui serait pris en considération) : _____

Raison de la demande :

Renseignements supplémentaires demandés	Réponse
<p>Description des effets indésirables</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Historique de la réaction, dont : <ul style="list-style-type: none"> ▪ le nombre de doses reçues du nouveau produit ou de la nouvelle marque ▪ le nombre de réactions que le nouveau produit ou la nouvelle marque a causées au patient ▪ le moment — en termes de doses — où le patient a fait la réaction (1re dose, après plusieurs doses, etc.) ▪ le nombre de doses que le patient a reçues du nouveau produit ou de la nouvelle marque avant de faire une réaction ▪ Gravité de la réaction (traitement requis, séquelles, temps de récupération, etc.) ▪ Enquête effectuée, le cas échéant ▪ Tout autre renseignement pertinent (ex. : manque d'efficacité clinique) ▪ Historique du traitement : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Marque ou produit précédent [nom(s), format(s) et posologie] ▪ Historique médical : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnostic ▪ Raison du traitement ▪ Autre problème de santé connexe ▪ Autres médicaments ▪ Raison qui justifie un produit ou une marque de rechange ▪ Autre information pertinente <p>(des données objectives confirmant l'effet indésirable peuvent être exigées)</p>	

Demande de protéines plasmatiques de rechange

Section IV : Quantité totale de protéines plasmatiques de rechange (nombre de fioles)

Posologie : _____

Format : _____ Quantité : _____ Format : _____ Quantité : _____

Fréquence du ramassage (si connu) : Chaque mois Tous les 2 mois Tous les 3 mois Autre (préciser) : _____

Mois du prochain ramassage (si connu) : _____

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 all)

Approved

Approved with conditions

Denied

See Medical Decision Letter attached

Comments: _____

Completed by and Date: _____

SAP Patient #: _____ SAP Contract #: _____ Entered by and Date: _____