Bulletin n° 814 Le 30 mai 2011

Mise à jour du Formulaire du PMONB

La présente mise à jour du formulaire Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 30 mai 2011.

Ce bulletin comprend :

- **Ajouts aux garanties régulières**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales**
- **Thérapie biologique pour le traitement de l'arthrite rhumatoïde - Comparaison des coûts**
- **Médicaments examinés, non inscrits**
- **Changements - DIN**

Pour vous inscrire ou vous désinscrire de la liste de courriels de notification du bulletin, veuillez envoyer un courriel à l'adresse suivante : BC_nbpdp@medavie.bluecross.ca ou appeler au 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur la page Web du PMONB : www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp

Si vous avez des questions, veuillez nous joindre au 1-800-332-3691.

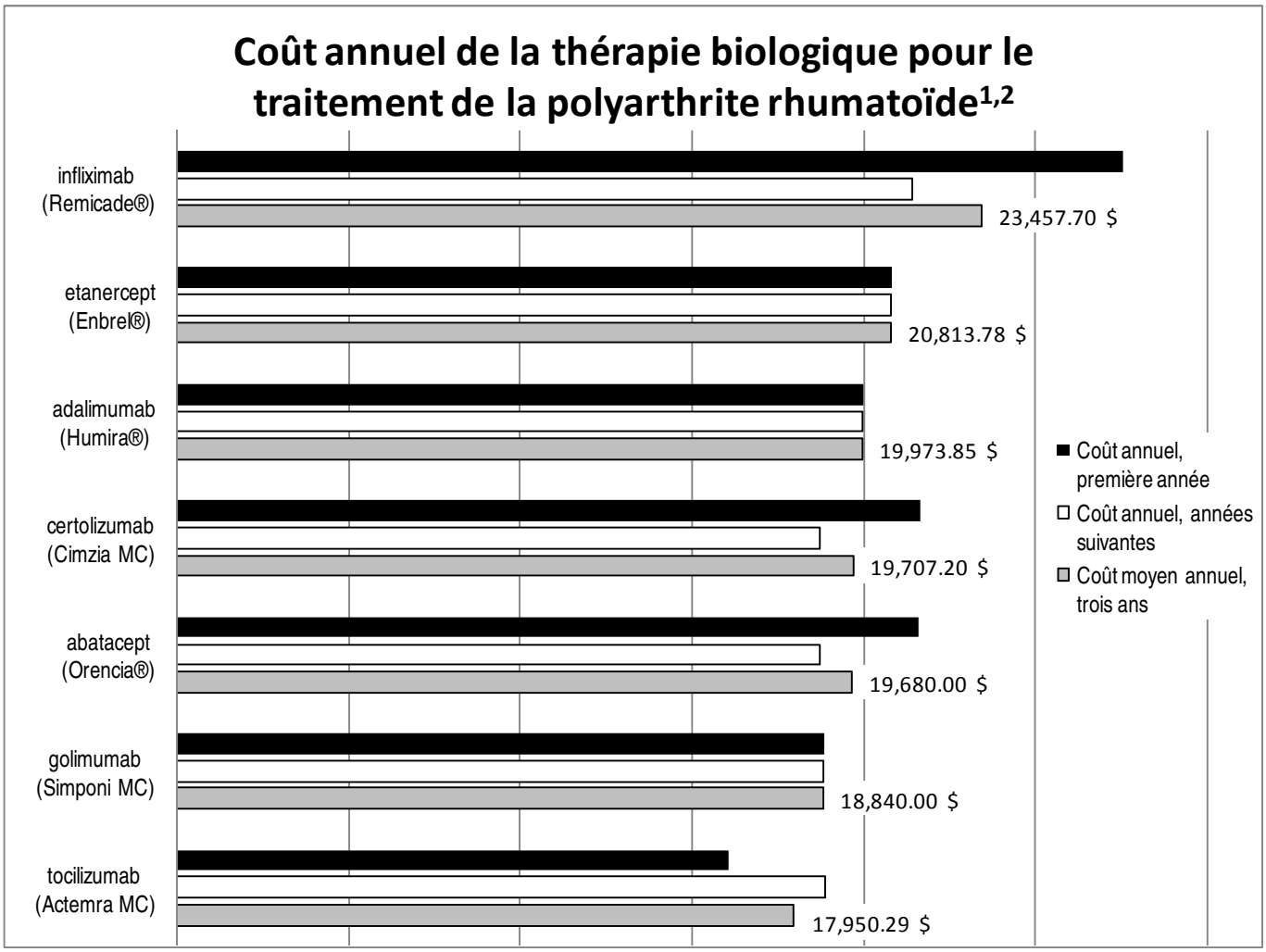
AJOUTS AUX GARANTIES RÉGULIÈRES

Médicament/Forme/Voie/ Puissance			Nom de marque	DIN	Fabricant	Régimes	$
Desmopressine							
Orodispersible	Sublinguale	240 µg	DDAVP Melt	02285010	FEI	EFG-18	PAR

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Desmopressine *(DDAVP®)* 10 µg/vaporisateur nasal-doseur et 0,1 mg/mL préparation intranasale	**Changement dans l'état des garanties – Nécessite maintenant une autorisation spéciale** • Pour le traitement des patients atteints de diabète insipide. L'utilisation des préparations nasales n'est plus indiquée pour les patients atteints d'énurésie nocturne à cause d'un risque d'hyponatrémie.
Desmopressine *(DDAVP®)* 0,1 mg et 0,2 mg comprimé; 60 µg, 120 µg, 240 µg melts	**Nouvelle indication ajoutée aux critères :** • Pour le traitement des patients âgés de 18 ans ou plus atteints de diabète insipide ou d'énurésie nocturne. Nota : Les formes orales et les solutions pour injection de desmopressine sont des garanties régulières pour les régimes EFG-18.
Tocilizumab *(Actemra®)* 80 mg, 200 mg, 400 mg flacons à dose unique (20 mg/mL)	• Pour les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde active modérée à sévère qui : o Ont eu une réponse inadéquate à un essai approprié d'une polythérapie d'au moins deux agents de rémission de la maladie (DMARD) traditionnels. Un des traitements impliquant des DMARD doit inclure le méthotrexate, sauf si contre-indiqué ou non toléré, OU o Ne sont pas candidats pour un traitement impliquant des DMARD, doivent avoir reçu au moins trois traitements consécutifs impliquant des DMARD traditionnels, dont un incluant le méthotrexate, sauf si contre-indiqué, ET o Ont eu une réponse inadéquate à un inhibiteur du facteur de nécrose tumorale (TNF) alpha. • Doit être prescrit par un rhumatologue. • L'approbation initiale sera pour 16 semaines à raison de 4 mg/kg • Les demandes de continuation du traitement doivent inclure de l'information qui prouve une réponse clinique. • Aucune augmentation de la dose supérieure à 8 mg/kg par 4 semaines permise ou une dose maximale de 800 mg par infusion pour les individus qui pèsent plus de 100 kg. • Ne sera pas remboursé en combinaison avec d'autres agents biologiques.

COMPARAISON DES COÛTS



1. Coûts calculés en utilisant les prix au détaillant de McKesson, mars 2011. Aucune majoration de prix ou honoraire professionnel.
2. Dose basée sur un patient de 75 kg et sur les renseignements sur le produit du fabricant.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

La révision du produit ci-dessous a permis de découvrir qu'il n'offrait pas d'avantage thérapeutique et/ou d'avantage à l'égard des frais, supérieurs à des thérapies existantes. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Niacine – resoumission	*(Niaspan®)*	500 mg, 750 mg, 1000 mg comprimés à libération prolongée

CHANGEMENTS - DIN

Des DIN nouveaux et uniques ont été attribués aux seringues préremplies Fragmin® et Innohep®. Veuillez utiliser le DIN approprié lors d'une demande de règlement pour ces produits.

Seringue de daltéparine (Fragmin®)	**Nouveau DIN**
5 000 IU/mL, 0,2 mL	02132648
7 500 IU/mL, 0,3 mL	02352648
10 000 IU/mL, 0,4 mL	02352656
12 500 IU/mL, 0,5 mL	02352664
15 000 IU/mL, 0,6mL	02352672
18 000 IU/mL, 0,72 mL	02352680

Seringue de tinzaparine (Innohep®)	**Nouveau DIN (en vigueur en juillet 2011)**
2 500 IU/mL, 0,25 mL	02229755
3 500 IU/mL, 0,35 mL	02358158
4 500 IU/mL, 0,45 mL	02358166
10 000 IU/mL, 0,5 mL	02231478
14 000 IU/mL, 0,7 mL	02358174
18 000 IU/mL, 0,9 mL	02358182