

Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

Filgrastim (Neupogen<sup>MD</sup>) / Pegfilgrastim (Neulasta<sup>MD</sup>)  
 Formulaire de demande d'autorisation spéciale



INFORMATION SUR LE PATIENT			
NOM DE FAMILLE DU PATIENT	PRÉNOM DU PATIENT	NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE OU ID DU PMONB	DATE DE NAISSANCE
ADRESSE DU PATIENT			
INFORMATION SUR LE DIAGNOSTIC ET LE DOSAGE			
Diagnostic : _____			
Schéma posologique de chimiothérapie : _____			
Cycle actuel : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6			
Faire un choix parmi les suivants :		Poids du patient : _____	
• <b>Filgrastim</b> , dose quotidienne : <input type="checkbox"/> 300 mcg <input type="checkbox"/> 480 mcg			
• <b>Pegfilgrastim</b> , dose unique : <input type="checkbox"/> 6 mg			
Estimer le nombre de doses requises pour chaque cycle (Filgrastim seulement) : _____ doses			
Nombre de cycles requis : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6			
Indication thérapeutique : <input type="checkbox"/> Prévention primaire <input type="checkbox"/> Prévention secondaire			
Commentaires : _____			
NOTES			
<p>Le dosage de Filgrastim (Neupogen<sup>MD</sup>) est de 5 mcg/kg/jour. Pour les patients ≤ 60 kg qui ont reçu une prescription de 300 mcg de filgrastim pendant 9 jours ou moins, le coût de la thérapie de filgrastim est moins élevé que celui de 6 mg de pegfilgrastim.</p> <p>On peut recevoir un remboursement de pegfilgrastim par le biais de l'autorisation spéciale dans le cadre du projet pilote du PMONB pour en surveiller son utilisation. Le <b>Pegfilgrastim est contre-indiqué dans les cas suivants, pour lesquels les demandes ne seront pas prises en considération</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les tumeurs malignes myéloïdes ;</li> <li>• les patients pédiatriques cancéreux recevant un traitement de chimiothérapie myélosuppressive ;</li> <li>• les neutropénies bénignes ;</li> <li>• la greffe de moëlle osseuse ; ou</li> <li>• le traitement préventif de la neutropénie fébrile en milieu palliatif.</li> </ul>			
INFORMATION SUR LE PRESCRIPTEUR			
NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN :		_____ SIGNATURE DU MÉDECIN	
		_____ DATE	

VEUILLEZ RETOURNER LE FORMULAIRE À L'ADRESSE SUIVANTE :

UNITÉ D'AUTORISATION SPÉCIALE  
 PLAN DE MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK  
 C. P. 690; 644, RUE MAIN  
 MONCTON (NOUVEAU-BRUNSWICK) E1C 8M7  
 NUMÉRO SANS FRAIS DU SERVICE DE RENSEIGNEMENTS : 1-800-332-3691  
 TÉLÉCOPIEUR LOCAL : 506-867-4872    TÉLÉCOPIEUR SANS FRAIS : 1-888-455-8322