Ontario

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Programmes publics de médicaments de l'Ontario (PPMO)
Direction de la mise en œuvre des programmes de médicaments
5700 rue Yonge, 3e étage
Toronto ON M2M 4K5

Demande d'Elaprase®

Veuillez faire parvenir le formulaire dûment rempli et tous les autres renseignements pertinents par télécopieur au 416 327–7526 ou sans frais au 1 866 811–9908. Vous pouvez aussi les envoyer à la Direction du Programme d'accès exceptionnel (PAE), 3e étage, 5700, rue Yonge, Toronto ON M2M 4K5. Pour obtenir ce formulaire ou d'autres formulaires du PAE, veuillez consulter http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/drugs/eap_mn.aspx

L'administrateur en chef des programmes publics de médicaments de l'Ontario prend en considération les demandes de produits médicamenteux ne figurant pas dans le Formulaire de médicaments de l'Ontario en vertu du Programme d'accès exceptionnel (PAE). Le présent formulaire vise à faciliter les demandes de médicaments dans le cadre du PAE. L'administrateur en chef peut exiger des documents supplémentaires à l'appui de la demande. **Veuillez fournir tous les renseignements pertinents dans chaque partie afin de ne pas retarder le traitement de votre demande.**

Partie 1 – Renseignements sur le prescripteur

Prénom	Initiale	Nom de famille

Type de prescripteur
☐ Médecin ☐ Personnel infirmier praticien ☐ Autre ►

Adresse postale

Numéro	Rue

Ville	Code postal

Centre de traitement

No de télécopieur	No de téléphone

Partie 2 – Renseignements sur le patient

Prénom	Initiale	Nom de famille

Numéro d'Assurance-santé de l'Ontario

Sexe ☐ Masculin ☐ Féminin

Poids (kg)

Date de naissance (aaaa/mm/jj)

☐ **Nouvelle demande**

☐ **Renouvellement d'une approbation existante** *(indiquer le no du PAE)* _____–_____

Partie 3 – Médicament, dosage et posologie

☐ Elaprase® (idursulfase) 2 mg/ml

Posologie et dosage

Partie 4 – Renseignements cliniques – Nouvelle demande

☐ Diagnostic confirmé de la maladie de Hunter (MPS II)
Veuillez fournir le rapport du test enzymologique ET le rapport de l'analyse des mutations

Détails sur les fonctions musculo-squelettiques

☐ Marche ☐ Marche avec de l'aide ☐ Fauteuil roulant à l'extérieur du domicile
☐ Fauteuil roulant à l'intérieur du domicile ☐ Alité

et les résultats de l'évaluation orthopédique*, le cas échéant*

Veuillez fournir le **rapport spirométrie** et/ou les résultats d'un examen du sommeil *(afin d'évaluer la fonction respiratoire)*.

Veuillez indiquer si le patient a besoin d'une **ventilation assistée** *(veuillez confirmer si le patient a besoin d'une ventilation assistée en raison de complications liées à la MPS II)*.

Veuillez fournir **une radiographie pulmonaire, un ECG et un échocardiogramme** *(afin d'évaluer la fonction cardiaque)*.

Veuillez fournir le rapport sur **l'état neurocognitif** évalué par un psychologue clinique ***(rapport de consultation requis)*** et les résultats d'audiométrie, le cas échéant, afin d'évaluer la perte auditive neurosensorielle.

Veuillez fournir des détails sur la **qualité de vie** à l'aide d'une mesure appropriée en fonction de l'âge *(p. ex., questionnaire SF–36 pour les adultes et CHQ PF–28 pour les enfants)*.

 © Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2017

Partie 5 – Renseignements cliniques – Demande de renouvellement

Veuillez fournir le rapport sur l'état neurocognitif évalué par un psychologue clinique **(tous les 3 à 5 ans, rapport de consultation requis)** **et** les résultats d'audiométrie, le cas échéant.

Détails sur les fonctions musculo-squelettiques

☐ Marche ☐ Marche avec de l'aide ☐ Fauteuil roulant à l'extérieur du domicile

☐ Fauteuil roulant à l'intérieur du domicile ☐ Alité

et les résultats de l'évaluation orthopédique*, le cas échéant*

Veuillez fournir le **rapport spirométrie** et/ou les résultats d'un examen du sommeil *(afin d'évaluer la fonction respiratoire).*

Veuillez indiquer si le patient a besoin d'une **ventilation assistée** *(veuillez confirmer si le patient a besoin d'une ventilation assistée en raison de complications liées à la MPS II).*

Veuillez fournir **une radiographie pulmonaire, un ECG et un échocardiogramme** *(afin d'évaluer la fonction cardiaque).*

Veuillez fournir des détails sur la **qualité de vie** à l'aide d'une mesure appropriée en fonction de l'âge *(p. ex., questionnaire SF–36 pour les adultes et CHQ PF–28 pour les enfants)*.

Veuillez fournir des détails sur les événements sentinelles *(p. ex., hospitalisation, interventions chirurgicales, etc.)*

Partie 6 – Médicaments utilisés à l'heure actuelle et autres conditions de comorbidité

Veuillez énumérer les médicaments utilisés à l'heure actuelle **et** préciser toute condition de comorbidité, le cas échéant.)

Les renseignements demandés dans ce formulaire sont recueillis en vertu de la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, L.O. 2004, chap. 3, annexe A (LPRPS) et de l'article 13 de la Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario, L.R.O. 1990, chap. O. 10, et ils seront utilisés conformément à la LPRPS, de la manière décrite dans la « Déclaration concernant les pratiques en matière d'information du ministère de la Santé et des Soins de longue durée », que l'on peut consulter sur www.health.gov.on.ca. Si vous avez des questions sur la collecte ou l'utilisation de ces renseignements, veuillez téléphoner au Service d'assistance du Programme de médicaments de l'Ontario, au 1 800 668–6641, ou communiquer avec le directeur, Direction de la mise en œuvre des programmes de médicaments, 5700, rue Yonge, 3e étage, Toronto ON M2M 4K5.

Prescripteur autorisé *(en caractères d'imprimerie)*	Signature du prescripteur autorisé *(obligatoire)*	Numéro d'inscription	Date (aaaa/mm/jj)