

Veillez 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. **Veillez fournir tous les renseignements pertinents dans chaque partie afin de ne pas retarder le traitement de votre demande.**

Partie 1 – Renseignements sur le prescripteur			Partie 2 – Renseignements sur le patient		
Prénom	Initiale	Nom de famille	Prénom	Initial	Nom de famille
Type de prescripteur <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Personnel infirmier praticien <input type="checkbox"/> Autre ►			Numéro d'Assurance-santé de l'Ontario		
Adresse postale Numéro Rue			Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin		
Ville		Code postal	Poids (kg)		
Centre de traitement			Date de naissance (aaaa/mm/jj)		
N° de télécopieur ()		N° de téléphone ()			
<input type="checkbox"/> Nouvelle demande			<input type="checkbox"/> Renouvellement d'une approbation existante (indiquer le n° du PAE) _____		

Partie 3 – Médicament, dosage et posologie	
<input type="checkbox"/> Myozyme® (alglucosidase-alfa) 50 mg/ml	Posologie et dosage

Partie 4 – Renseignements cliniques – Nouvelle demande	
<input type="checkbox"/> Diagnostic confirmé de la maladie de Pompe	Âge au moment du diagnostic : _____
Veillez fournir le rapport du test enzymologique ET/OU le rapport de l'analyse des mutations.	

Apparition précoce de la maladie de Pompe chez un enfant : (les trois caractéristiques cliniques doivent être présentes pour être admissible à un remboursement) :

- apparition d'une faiblesse musculaire généralisée avant l'âge de 12 mois;
- retard de croissance attribuable à des difficultés d'alimentation;
- présence d'une cardiomyopathie importante.

Indiquer si le patient a besoin d'une ventilation assistée :

Apparition tardive de la maladie de Pompe chez un adulte :

- Veuillez fournir une **confirmation myométrique** ou une **confirmation du Conseil de recherches médicales (CRM)** concernant le muscle proximal et le muscle distal;
ET/OU
- Veuillez fournir le **rapport de spirométrie** et les détails au sujet de la fonction respiratoire.

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

Veillez indiquer si le patient a besoin d'une ventilation assistée (veuillez inclure les détails sur l'utilisation d'une VPPC ou d'un masque BiPAP) :

Veillez fournir les données de rendement de l'Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) :

Partie 5 – Renseignements cliniques – Demande de renouvellement

Apparition précoce de la maladie de Pompe chez un enfant :

Veillez indiquer si le patient a besoin d'une ventilation assistée : (si le patient utilise un ventilateur, veuillez indiquer si l'état du patient s'est détérioré depuis le début de l'aide ventilatoire)

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

Apparition tardive de la maladie de Pompe chez un adulte :

Veillez fournir le rapport de spirométrie et les détails au sujet de la fonction respiratoire

Veillez indiquer si le patient a besoin d'une ventilation assistée (veuillez inclure les détails sur l'utilisation d'une VPPC ou d'un masque BiPAP) :

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

Veillez fournir les données de rendement de l'Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) :

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

Veillez énumérer les médicaments utilisés à l'heure actuelle et préciser toute condition de morbidité, 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, 3^e étage, Toronto ON M2M 4K5.

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