Effacer

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 de remboursement de Zavesca® – maladie de Niemann-Pick

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 (DPAE), 5700, rue Yonge, 3e étage, Toronto ON M2M 4K5. Pour obtenir ce formulaire ou d'autres formulaires du PAE, veuillez consulter le 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 remboursement de médicaments ne figurant pas dans le Formulaire des 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

N° de télécopieur ( )	N° 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**

☐ **Demande de renouvellement** *(indiquer le n° du PAE)* _____

Partie 3 – Médicament, dosage et posologie

☐ Zavesca® (miglustat en gélules dosé à 100 mg)

Posologie et dosage

Partie 4 – Renseignements cliniques – Nouvelle demande

☐ Diagnostic confirmé de maladie de Niemann-Pick de type C

Veuillez fournir le rapport d'analyse de la mutation des gènes NPC1 et NPC2.

Si le nombre de mutations associées à la maladie/mutations pathogènes détectées dans les gènes NPC1 et NPC2 est inférieur à 2, vous devrez ***également*** fournir le rapport du test de coloration à la filipine dans les lysosomes ***OU*** le rapport du test d'estérification du cholestérol dans les fibroblastes.

Âge au moment du diagnostic

Rapport d'évaluation de l'incapacité fonctionnelle causée par la maladie de Niemann-Pick de type C (NPC) :
Wraith J. et al. « Molecular Genetics and Metabolism » 98 (2009) 152–165.

Veuillez fournir le rapport d'évaluation de l'incapacité fonctionnelle.

Partie 5 – Renseignements cliniques – Demande de renouvellement

Rapport d'évaluation de l'incapacité fonctionnelle causée par la maladie de Niemann-Pick de type C (NPC) :
Wraith J. et al. « Molecular Genetics and Metabolism » 98 (2009) 152–165.

Veuillez fournir le rapport d'évaluation de l'incapacité fonctionnelle.

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

Veuillez 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 à propos de la collection ou l'usage de cette information, veuillez contacter la Division des programmes publics de médicaments de l'Ontario par téléphone au 1-866-811–9893 ou écrire au Directeur, Direction de la mise en œuvre des programmes de médicaments, 3e étage, 5700 rue Yonge, Toronto ON M2M 4K5

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

 © Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2022 English on reverse

Imprimer