

Veillez faire parvenir ce formulaire dûment rempli et tout autre renseignement pertinent par télécopieur au 416 327-7526 ou, sans frais, au 1 866 811-9908. Vous pouvez aussi les envoyer aux Programmes publics de médicaments de l'Ontario au 5700, rue Yonge, 3^e étage, Toronto ON M2M 4K5. Pour obtenir des exemplaires du présent formulaire ou d'autres formulaires, veuillez consulter la page Web http://www.health.gov.on.ca/fr/public/forms/odb_fm.aspx

Le présent formulaire vise à faciliter les demandes de remboursement du produit susnommé. Des documents supplémentaires peuvent être exigés à l'appui de la demande.

Veillez fournir tous les renseignements pertinents demandés 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 | Initiale | Nom de famille |
| Adresse N° Nom de rue | | | Numéro d'assurance-santé de l'Ontario | | |
| Ville | | Code postal | Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin | | |
| Centre de traitement | | | Poids (kg) | | |
| N° de télécopieur () | | N° de téléphone () | Date de naissance (aaaa/mm/jj) | | |

Nouvelle demande

Renouvellement d'une approbation du PAE
(indiquer le n° du PAE) _____

Partie 3 – Médicament, dosage et posologie

Aldurazyme® (Iaronidase) 0,58mg/ml

Posologie et dosage :

Partie 4 – Renseignements cliniques – Nouvelle demande

Diagnostic confirmé de maladie de Hurler-Scheie

Diagnostic confirmé de maladie de Hurler

Âge au moment du diagnostic :

Veillez fournir le rapport du test enzymologique ET le rapport de l'analyse des mutations.

Hurler-Scheie (les patients doivent présenter au moins une des caractéristiques cliniques de la MPS I ci-dessous pour avoir droit à un remboursement) :

- Troubles respiratoires du sommeil : incidence d'apnée ou d'hypopnée de plus de 5 épisodes par heure complète de sommeil, ou plus de 2 épisodes graves de désaturation (saturation en oxygène < 80 %), observés durant une étude du sommeil nocturne.
- Examens fonctionnels respiratoires : réduction **persistante** de la CVF, soit < 80 % de la valeur prévue en fonction de la taille (au moins deux mesures de la CVF inférieures à 80 %, prises au cours d'une période de 6 mois à au moins 1 mois d'intervalle).
- Examens fonctionnels cardiaques : dysfonction myocardique indiquée par une réduction de la fraction d'éjection à moins de 56 % (normale : 56 % à 78 %) OU une réduction de la fraction de raccourcissement à moins de 25 % (normale : 25 % à 46 %).
- Contractures articulaires : restriction de l'amplitude articulaire de plus de 15 degrés par rapport à la normale dans les épaules, le cou, les hanches, les genoux, les coudes ou les mains.

Veillez fournir les rapports de l'étude du sommeil nocturne, des examens fonctionnels respiratoires, des examens fonctionnels cardiaques et des examens d'amplitude articulaire.

S'il y a contractures articulaires, veuillez indiquer le nombre d'articulations touchées : _____

Hurler (les patients chez qui moins de deux mutations graves ont été identifiées doivent présenter au moins une des caractéristiques cliniques de la MPS I ci-dessous pour avoir droit à un remboursement) :

- Troubles respiratoires du sommeil : incidence d'apnée ou d'hypopnée de plus de 5 épisodes par heure complète de sommeil, ou plus de 2 épisodes graves de désaturation (saturation en oxygène < 80 %), observés durant une étude du sommeil nocturne.

Suite à la page suivante

Partie 4 – Renseignements cliniques – Nouvelle demande (cont.)

- Examens fonctionnels respiratoires : réduction **persistante** de la CVF, soit < 80 % de la valeur prévue en fonction de la taille (*au moins deux mesures de la CVF inférieures à 80 %, prises au cours d'une période de 6 mois à au moins 1 mois d'intervalle*).
- Examens fonctionnels cardiaques : dysfonction myocardique indiquée par une réduction de la fraction d'éjection à moins de 56 % (*normale : 56 % à 78 %*) OU une réduction de la fraction de raccourcissement à moins de 25 % (*normale : 25 % à 46 %*).
- Contractures articulaires : restriction de l'amplitude articulaire de plus de 15 degrés par rapport à la normale dans les épaules, le cou, les hanches, les genoux, les coudes ou les mains.

ET

- Le patient ou la patiente doit subir une greffe de cellules souches hématopoïétiques et manifeste des complications respiratoires ou cardio-pulmonaires importantes, ou on prévoit l'apparition de telles complications avant la greffe de cellules souches hématopoïétiques.

Date estimative de la greffe de cellules souches hématopoïétiques : _____

ET

- Le patient ou la patiente a moins de deux ans.

Partie 5 – Renseignements cliniques – Demande de renouvellement

Hurler-Scheie:

Une amélioration ou une stabilisation doit avoir été constatée à l'égard de **TOUTES** les caractéristiques cliniques suivantes :

- Troubles respiratoires du sommeil
- Examens fonctionnels respiratoires :
 - Patients de moins de 7 ans : CVF ou test des six minutes de marche (*si possible*)
 - Patients de 7 ans ou plus : CVF ou test des six minutes de marche (*exigé*)
- Examens fonctionnels cardiaques : fraction d'éjection OU fraction de raccourcissement
- Contractures articulaires (*même nombre ou réduction du nombre d'articulations touchées, et signes de stabilisation ou d'amélioration des contractures articulaires déterminés par des mesures traditionnelles*).

Veillez fournir les rapports de l'étude du sommeil nocturne, des examens fonctionnels respiratoires, des examens fonctionnels cardiaques et des examens d'amplitude articulaire.

S'il y a contractures articulaires, veuillez indiquer le nombre d'articulations touchées : _____

Hurler:

Les demandes de renouvellement ne seront pas acceptées, une greffe de cellules souches hématopoïétiques devant avoir eu lieu.

Partie 6 – Médicaments utilisés à l'heure actuelle et autres maladies

Veillez indiquer les médicaments utilisés à l'heure actuelle **ET** les autres problèmes graves de santé manifestés à l'heure actuelle par le patient ou la patiente, 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 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, 5700 rue Yonge, 3^e étage, Toronto ON M2M 4K5.

Signature du prescripteur (*obligatoire*)

N° de membre de l'OMCO

Date (*aaaa/mm/jj*)