



Demande d'autorisation préalable

GENOTROPIN, HUMATROPE, NORDITROPIN NORDIFLEX, NUTROPIN AQ NUSPIN, OMNITROPE, SAIZEN (somatropine)

Directives

Veillez remplir la Partie A, puis faire remplir la Partie B par votre médecin. Le fait de remplir et de soumettre le présent formulaire ne garantit en rien que la demande d'autorisation préalable sera approuvée. Tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire incombent au participant. Les médicaments soumis au Programme d'autorisation préalable ne peuvent être remboursés que si le patient n'est pas admissible à un remboursement au titre d'un autre régime ou d'un régime provincial d'assurance médicaments et que si le patient utilise le médicament dans le cadre d'une indication approuvée par Santé Canada. Les critères relatifs aux médicaments d'exception de la RAMQ pourraient s'appliquer au Québec. L'approbation ou le refus de la demande repose sur des critères cliniques établis en fonction des renseignements sur les indications approuvées par Santé Canada et sur des protocoles cliniques factuels. Le participant sera avisé si sa demande a été approuvée ou refusée. Veuillez noter que vous avez le droit d'en appeler de la décision rendue par Express Scripts Canada.

Partie A – Patient

Renseignements sur le patient

Prénom :		Nom :	
Nom ou numéro de l'assureur :			
Numéro de groupe :		Numéro de certificat :	
Date de naissance (AAAA-MM-JJ) :		Statut dans le cadre du régime : <input type="checkbox"/> Participant <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Personne à charge	
Langue : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Adresse :			
Ville :		Province :	Code postal :
Adresse courriel :			
Téléphone (domicile) :		Téléphone (cellulaire) :	Téléphone (travail) :

Coordination des prestations

Programme de soutien aux patients	Le patient est-il inscrit à un programme de soutien aux patients? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Personne-ressource : _____ Téléphone : _____
Couverture par le régime provincial	Le patient a-t-il demandé le remboursement du médicament dans le cadre d'un régime d'assurance médicaments provincial? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O. Quelle est la décision du régime relativement à la couverture du médicament? <input type="checkbox"/> Médicament couvert <input type="checkbox"/> Médicament non couvert *Joindre la lettre faisant état de la décision*
Couverture par un autre régime (premier payeur)	Le patient a-t-il demandé le remboursement du médicament dans le cadre d'un autre régime? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O. Quelle est la décision du régime relativement à la couverture du médicament? <input type="checkbox"/> Médicament couvert <input type="checkbox"/> Médicament non couvert *Joindre la lettre faisant état de la décision*

Autorisation

En mon nom et au nom des personnes à ma charge admissibles, j'autorise le promoteur de mon régime d'assurance médicaments et ses agents à échanger les renseignements personnels contenus sur le présent formulaire. Je comprends que ces renseignements ne seront utilisés qu'aux fins d'administration et de gestion de mon régime d'assurance médicaments. Ce consentement demeurera valide aussi longtemps que les personnes à ma charge et moi-même serons couverts par le contrat d'assurance collective ou que nous serons admissibles à un remboursement dans le cadre dudit contrat, ou de ses modifications éventuelles, de son renouvellement ou de sa remise en vigueur.

Signature du participant _____

Date _____



Demande d'autorisation préalable

GENOTROPIN, HUMATROPE, NORDITROPIN NORDIFLEX, NUTROPIN AQ NUSPIN, OMNITROPE, SAIZEN (somatropine)

Partie B – Médecin prescripteur

Veillez lire les directives à la page 1 et remplir toutes les sections ci-dessous. La demande sera rejetée si des champs sont laissés vides. Veillez **ne pas** fournir les résultats de tests génétiques.

SECTION 1 – MÉDICAMENT VISÉ PAR L'AUTORISATION PRÉALABLE

<input type="checkbox"/> GENOTROPIN	<input type="checkbox"/> NORDITROPIN NORDIFLEX	<input type="checkbox"/> OMNITROPE	<input type="checkbox"/> Première demande
<input type="checkbox"/> HUMATROPE	<input type="checkbox"/> NUTROPIN AQ NUSPIN	<input type="checkbox"/> SAIZEN	<input type="checkbox"/> Renouvellement*
Posologie	Voie d'administration (p. ex., orale, intraveineuse)	Fréquence	Durée du traitement
Où le médicament sera-t-il administré?			
<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> Bureau du médecin / clinique de perfusion	<input type="checkbox"/> Hôpital (patient externe)	<input type="checkbox"/> Hôpital (patient hospitalisé)

* Veuillez fournir une preuve de la couverture antérieure du médicament, si elle est accessible.

SECTION 2 – CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

1. Veuillez indiquer si les critères ci-dessous sont respectés :

Déficit en hormone de croissance chez l'enfant

- Traitement d'un retard de croissance imputable à une sécrétion insuffisante d'hormone de croissance (déficit en GH) chez l'enfant. ET
- Les épiphyses du patient ne sont pas soudées.

Déficit en hormone de croissance chez l'adulte – Indication non approuvée par Santé Canada pour NORDITROPIN NORDIFLEX

- Traitement, chez l'adulte, d'un déficit en hormone de croissance acquis pendant l'enfance dû à des causes congénitales, génétiques, acquises ou idiopathiques. OU
- Traitement, chez l'adulte, d'un déficit en hormone de croissance acquis à l'âge adulte, soit seul, soit accompagné d'autres déficits hormonaux (hypopituitarisme), et secondaire à une pathologie hypophysaire ou hypothalamique, à une chirurgie, à une radiothérapie ou à un traumatisme.

Syndrome de Turner

- Traitement du syndrome de Turner chez l'enfant. ET
- Les épiphyses du patient ne sont pas soudées.

Petite taille idiopathique – Indication non approuvée par Santé Canada pour NORDITROPIN NORDIFLEX, NUTROPIN AQ NUSPIN ou SAIZEN

- Traitement de la petite taille idiopathique, ou non imputable à un déficit en hormone de croissance chez l'enfant. ET
- La taille du patient est d'au moins 2,25 écarts types sous la moyenne (-2,25) pour l'âge et le sexe. ET
- Les épiphyses du patient ne sont pas soudées.



Demande d'autorisation préalable

GENOTROPIN, HUMATROPE, NORDITROPIN NORDIFLEX, NUTROPIN AQ NUSPIN, OMNITROPE, SAIZEN (somatropine)

Enfants nés petits pour l'âge gestationnel – *Indication non approuvée par Santé Canada pour NUTROPIN AQ NUSPIN*

- Traitement d'un retard de croissance chez l'enfant né petit pour l'âge gestationnel. ET
- L'écart type pour la taille actuelle du patient est inférieur à -2. ET
- Le poids et/ou la taille du patient à la naissance sont d'au moins 2 écarts types sous la moyenne (-2). ET
- Le patient n'est pas parvenu à rattraper son retard de croissance à l'âge de 2 ans. ET
- L'écart type pour la vitesse de croissance du patient était inférieur à 0 au cours de la dernière année. ET
- Les épiphyses du patient ne sont pas soudées.

Syndrome de Prader-Willi – *Indication non approuvée par Santé Canada pour HUMATROPE, NORDITROPIN NORDIFLEX, NUTROPIN AQ NUSPIN, OMNITROPE et SAIZEN*

- Traitement d'un retard de croissance chez l'enfant dû au syndrome de Prader-Willi, ou pour améliorer la composition corporelle chez l'enfant atteint du syndrome de Prader-Willi. ET
- Les épiphyses du patient ne sont pas soudées.

Déficit du gène SHOX (short stature homeobox-containing gene) – *Indication non approuvée par Santé Canada pour GENOTROPIN, NORDITROPIN NORDIFLEX, NUTROPIN AQ NUSPIN, OMNITROPE ou SAIZEN*

- Traitement de la petite taille ou du retard de croissance chez l'enfant ayant un déficit du gène SHOX (short stature homeobox-containing gene). ET
- Les épiphyses du patient ne sont pas soudées.

Syndrome de Noonan – *Indication non approuvée par Santé Canada pour GENOTROPIN, HUMATROPE, NUTROPIN AQ NUSPIN, OMNITROPE ou SAIZEN*

- Traitement de la petite taille liée au syndrome de Noonan chez l'enfant. ET
- Le patient est âgé d'au moins 3 ans et est prépubère. ET
- L'écart type pour la taille actuelle du patient est égal ou inférieur à -2. ET
- Les épiphyses du patient ne sont pas soudées.

OU

- Aucun des critères ci-dessus ne s'applique.

Renseignements additionnels pertinents :



Demande d'autorisation préalable

GENOTROPIN, HUMATROPE, NORDITROPIN NORDIFLEX, NUTROPIN AQ NUSPIN, OMNITROPE, SAIZEN (somatropine)

2. Médicaments déjà essayés

Médicament	Posologie et voie d'administration	Durée du traitement		Raison de la cessation du traitement	
		Du	Au	Réponse inadéquate	Allergie ou intolérance
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom du médecin :	
Adresse :	
Téléphone :	Télécopieur :
N° de permis d'exercice :	Spécialité :
Signature du médecin :	Date :

Veillez télécopier ou poster le formulaire dûment rempli à Express Scripts Canada^{MD}

Télécopieur :
Services cliniques d'Express Scripts Canada
1 855 712-6329

Poste :
Services cliniques d'Express Scripts Canada
5770, rue Hurontario, 10^e étage
Mississauga, ON L5R 3G5