145 The West Mall, P.O. Box 110 U
Toronto, ON M8Z 5M4

FORMULAIRE D'AUTORISATION PRÉLIMINAIRE DU PROGRAMME Nucala MC (Mepolizumab)

Instructions:

1. Section 1 à être complétée par le participant au régime / le patient
2. Section 2 à être complétée par le médecin (les dépenses encourues pour remplir ce formulaire sont aux frais du participant au régime)
3. Section 3 à être complétée par le pharmacien

Veuillez télécopier le formulaire complété à NexgenRx Formulary Management au 1-877-639-4369 ou le poster au 145 The West Mall P.O. Boîte 110 U, Toronto, Ontario, M8Z-5M4

Section 1 : À être complétée par le patient

Nom du participant : (Nom, prénom)	Numéro de la carte d'identité :																				

Nom du patient : (Nom, prénom)	Date de naissance du patient (jj/mm/aa)	Lien avec le participant (encercler)	CODE DU PATIENT
		Employé Conjoint(e) Dépendant	

Les résultats de cette demande doivent être communiqués à :

☐ Pharmacie	☐ Patient / Tuteur légal indiqué ci-après	☐ courriel :

J'autorise NexgenRx Inc. (a) à utiliser l'information personnelle divulguée dans ce formulaire et toute autre information personnelle connue à NexgenRx Inc. concernant le patient ci-haut mentionné, aux fins d'évaluation de cette demande d'autorisation préliminaire et de toute réclamation relative et à l'administration du régime d'indemnisation en vertu du quel les réclamations pertinentes sont faites et (b) à contacter et à obtenir toute information relative et à divulguer les informations personnelles relatives à tout médecin, pharmacien ou autre professionnel de la santé ayant une connaissance de la santé du dit-patient relative à cette demande et à toute réclamation pertinente.

Patient / Nom du tuteur légal : _____ Numéro de téléphone : _____

Signature du patient / du tuteur légal : _____ Date (jj/mm/aa):_____

Section 2 : À être complétée par le médecin

Nom du médicament et sa concentration :	DIN:	Instruction de dosage :

L'admissibilité au remboursement des médicaments est conditionnelle à ce que le patient se conforme à au moins un des critères de qualification listés ci-après. Si le patient a un autre régime médicament, l'autorisation préliminaire peut couvrir une partie ou tout l'excédent non couvert par le régime primaire.

□ Nucala est indique a titre de medicament d'appoint pour le traitement d"fentretien de l'asthme eosinophile severe chez les patients adultes :dont l'etat n'est pas adequatement maitrise malgre une corticotherapie en inhalation a dose elevee jumelee a un ou plusieurs autres medicaments de prevention (p. ex. un beta2-agonistea longue duree d faction [BALA]); et dont le nombre deosinophiles dans la circulation sanguine s'eleve a au moins 150 cellules/uL (0,15 x 109/L) au moment d'amorcer le traitement par Nucala ou a au moins 300 cellules/uL (0,3 x 109/L) au cours des 12 mois precedents. Nucala n'est pas indique pour le traitement d'autres troubles eosinophils ni pour faire ceder un bronchospasme aigu ou l'etat de mal asthmatique.

Nom du médecin : (Nom, prénom)	Numéro de permis de pratique :
Adresse : (Rue, ville, province, code postal)	Numéro de téléphone : ( ) - No. de télécopieur : ( ) -
Signature du médecin :	Date (jj/mm/aa)

Section 3 : À être complétée par le pharmacien

Nom du pharmacien :	Numéro du fournisseur :
Adresse du pharmacien : (Rue, ville, province, code postal)	Numéro de téléphone : ( ) - No. de télécopieur : ( ) -
Signature du pharmacien : _____ Nom du pharmacien :(Nom, prénom) _____ (en lettres moulées)	

À l'usage exclusif du bureau interne :

Date de réception :			Date d'approbation et par :