Santé et Services sociaux Québec

DT9259

Nom	
Prénom	
Date de naissance	Année / Mois / Jour
N° d'assurance maladie	Expiration Année / Mois
Adresse	
Code postal	N° de téléphone / Ind.rég.

FORMULAIRE DE DEMANDE D'UTILISATION D'UN MÉDICAMENT POUR DES MOTIFS DE NÉCESSITÉ MÉDICALE PARTICULIÈRE

Un établissement ne peut fournir que des médicaments qui apparaissent sur la liste dressée à cette fin par le ministre. Cette liste ne comprend que des médicaments qui ont reçu un avis de conformité du gouvernement fédéral pour des indications approuvées. Elle est mise à jour périodiquement par le ministre après avoir considéré les recommandations formulées par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Un établissement a l'obligation de fournir un médicament inscrit à la Liste des médicaments-Établissements à un usager dont la condition correspond aux indications reconnues par l'INESSS, s'il n'existe pas d'alternative.

Le médecin ou le dentiste qui désire, pour des motifs de nécessité médicale particulière, utiliser ou prescrire d'autres médicaments que ceux apparaissant sur la Liste des médicaments-Établissements ou des médicaments pour d'autres indications que celles inscrites à cette liste, doit faire une demande au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de son établissement. Il en est de même pour des médicaments qui n'ont pas reçu un avis de conformité du gouvernement fédéral et qui pourraient être disponibles par l'intermédiaire du Programme d'accès spécial (PAS) de Santé Canada.

Toute demande doit être traitée par le CMDP de l'établissement qui fournit le médicament. Ainsi, un médecin ou un dentiste qui désire prescrire un médicament pour des motifs de nécessité médicale particulière doit faire en sorte d'aviser le médecin traitant et l'établissement où le médicament sera fourni. À cet effet, les pharmaciens responsables de l'accès dans les établissements doivent être mis à contribution afin d'établir les liens requis entre les établissements. Par la suite, il appartient au médecin traitant de faire une demande auprès du CMDP s'il le juge approprié.

Médicament demandé

Nom générique : Nom commercial :

Posologie :

Type de demande

- ☐ Médicament non commercialisé au Canada – Accessible par le Programme d'accès spécial
- ☐ Médicament non inscrit à la Liste de médicaments – Établissements
- ☐ Médicament utilisé pour une indication autre que celle inscrite à la Liste de médicaments – Établissements

Indication demandée et place dans la pharmacothérapie

(préciser le diagnostic et le stade de la maladie, l'intention du traitement, de même que toute caractéristique de l'usager ou de la maladie requise pour l'évaluation de la demande; si une alternative de traitement est disponible, indiquer en quoi celle-ci n'est pas appropriée dans ce cas particulier)

☐ La demande concerne un médicament en oncologie
Joindre l'avis d'un Comité de diagnostic et de traitement du cancer (CDTC), de préférence dédié au siège tumoral impliqué

Nom de l'usager	N° de dossier

UN *Avis au ministre* publié par l'INESSS concernant ce médicament pour l'indication demandée est disponible
(cocher une ou plusieurs cases).

Le médecin ou le dentiste qui fait la demande doit préciser quels aspects confèrent à sa demande un motif de nécessité médicale particulière. Il doit énoncer clairement quels sont les éléments spécifiques qui distinguent l'usager de la population évaluée par l'INESSS ou des autres considérations sur lesquelles l'INESSS s'est appuyé pour formuler ses recommandations.

☐ de nouvelles données scientifiques sont disponibles *(SVP joindre les références)*

Précisez : _____

☐ les caractéristiques de l'usager sont différentes de celles de la population évaluée par l'INESSS
(SVP fournir des données scientifiques appuyant la demande)

Précisez : _____

☐ la maladie présente des caractéristiques différentes de celles de la maladie de la population évaluée par l'INESSS
(SVP fournir des données scientifiques appuyant la demande)

Précisez : _____

☐ la demande concerne un médicament qui serait utilisé dans une séquence de traitement différente par rapport à celle recommandée par l'INESSS ou en remplacement du traitement préconisé par l'INESSS, notamment en raison d'une allergie, d'une contre-indication ou d'une raison médicale.

Précisez : _____

AUCUN *Avis au ministre* publié par l'INESSS concernant ce médicament pour l'indication demandée n'est disponible
Joindre des données scientifiques appuyant la demande.

Précisez : _____

Nom du médecin	N° de permis	Signature	Date (Année / Mois / Jour)

FORMULAIRE DE DEMANDE D'UTILISATION D'UN MÉDICAMENT POUR DES MOTIFS DE NÉCESSITÉ MÉDICALE PARTICULIÈRE