

Formulaire d'autorisation préalable
Rituxan® (rituximab)
Veuillez télécopier ce formulaire au 905 712-6329

Section I : Doit être remplie par le patient ou l'adhérent

Nom du patient :	Date de naissance :
Nom de l'assureur :	Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
N° de groupe :	Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Pers. à charge
N° de certificat :	N° de tél. :
Adresse :	

À l'adhérent (ou à son tuteur) :

Afin que ce formulaire soit traité sans délai, veuillez remplir la présente section et apporter le formulaire à votre médecin pour qu'il le remplisse.

AUTORISATION : En mon nom et au nom des personnes à ma charge admissibles, j'autorise le promoteur de mon régime d'assurance collective 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 collective. Ce consentement restera valide aussi longtemps que les personnes à ma charge et moi-même serons couverts en vertu du contrat d'assurance collective ou que nous serons admissibles à des prestations dans le cadre dudit contrat, de ses modifications éventuelles, de son renouvellement ou de sa remise en vigueur.

Nom de l'adhérent : _____ Signature : _____ Date : _____

Section II : Doit être remplie par le médecin prescripteur

Docteur,

Veuillez nous transmettre les renseignements demandés par l'assureur sur l'état de santé et les antécédents pharmacologiques de votre patient en vue du remboursement de Rituxan®. Les médicaments assujettis au Programme d'autorisation préalable sont autorisés et remboursés sous certaines conditions seulement. S'il est prescrit pour le traitement des maladies indiquées ci-dessous, Rituxan® peut être remboursé uniquement si le patient n'est pas admissible à un remboursement au titre d'un régime provincial d'assurance médicaments et s'il est prescrit pour les indications approuvées par Santé Canada. **Pour que le médicament soit autorisé et remboursé, vous devez fournir tous les renseignements qui sont demandés ainsi que les renseignements additionnels que vous jugez appropriés.**

Veuillez cocher les cases appropriées et fournir les renseignements demandés :

Le patient reçoit ou recevra le traitement en milieu hospitalier.

Oui Non

1. Polyarthrite rhumatoïde

- Pour atténuer les signes et les symptômes, freiner l'évolution des lésions structurelles et améliorer les capacités physiques fonctionnelles chez l'adulte atteint de polyarthrite rhumatoïde modérément à fortement évolutive.
- Rituxan est utilisé en association avec le méthotrexate.
- Le patient a montré une réponse inadéquate, ou une intolérance, à un ou plusieurs traitements par des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF), p. ex., Enbrel^{MD}, Humira[®] ou Remicade^{MD}.

Veuillez énumérer les médicaments déjà utilisés : _____

2. Lymphome non hodgkinien (LNH) ou leucémie lymphoïde chronique (LLC) :

- Veuillez fournir les renseignements qui sont demandés à la page 2.



Formulaire d'autorisation préalable
Rituxan® (rituximab)
Veillez télécopier ce formulaire au 905 712-6329

Type de cancer et stade du traitement (p. ex., lymphome non hodgkinien de type B, CD20 positif) :
Posologie, fréquence et nombre de cycles :
Autres thérapies ou médicaments anticancéreux pris en lien avec le médicament anticancéreux faisant l'objet de la présente autorisation préalable, le cas échéant :
Thérapie déjà essayée (notamment la chimiothérapie, la radiothérapie et la chirurgie) :
Le patient a-t-il demandé le remboursement du médicament dans le cadre d'un régime d'assurance médicaments provincial? <input type="checkbox"/> Oui Quelle a été la réponse du régime en question? _____ _____ <input type="checkbox"/> Non Pourquoi? _____ _____

Endroit où le médicament sera administré :

Province :

Nom de l'établissement de soins de santé :

Nom du médecin :	N° de téléphone :
Adresse :	N° de télécopieur :
	N° de permis d'exercice :
	Spécialité :

Souhaitez-vous être informé de notre décision? Oui Non Le cas échéant, de quelle façon? Télécopieur Poste

Signature du médecin :

Date :

Veillez noter que vous avez le droit d'en appeler de la décision rendue par ESI Canada. Tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire sont à la charge du patient. **Veillez envoyer le formulaire dûment rempli par télécopieur au 905 712 6329 ou par la poste à : ESI Canada, Service des listes et programmes, 5770, rue Hurontario, 10^e étage, Mississauga (Ontario) L5R 3G5.**

À L'USAGE EXCLUSIF DE ESI CANADA

Mise à jour : Avril 2010

Approuvée Refusée Formulaire incomplet Revu par : _____ Date : _____