

Demande de protéines plasmatiques et de produits connexes pour un patient désigné

RENSEIGNEMENTS À FOURNIR PAR L'HÔPITAL OU LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Ce formulaire doit être utilisé pour une première demande, un renouvellement de contrat ou une mise à jour. Il ne s'applique qu'aux produits autorisés au Canada. Pour les produits non autorisés, consultez le site Web du Programme d'accès spécial de Santé Canada. Les **formulaires de demande** doivent être envoyés à SAPPRRequests@blood.ca ou au **centre régional de distribution de la Société canadienne du sang** au moins deux semaines avant que le produit soit requis (l'examen peut prendre plus de temps si la demande sort des critères énumérés [accès exceptionnel]). Si la demande est approuvée, le numéro de contrat attribué devra être indiqué sur les demandes subséquentes faites au moyen du formulaire de commande de protéines plasmatiques et de produits connexes nécessitant un contrat ou par l'entremise du portail de commande.

Section I : Hôpital demandeur et patient (à remplir pour tous les types de demande)

Hormis les cas d'urgence, vous confirmez, en soumettant cette demande, avoir fourni au patient une copie de la Déclaration de confidentialité concernant les protéines plasmatiques et les produits connexes (patients désignés).

Renseignements sur l'hôpital

N° de client de la Société canadienne du sang, s'il est connu :

Date de la demande (aaaa-mm-jj)

Hôpital demandeur

Lieu où expédier la commande

Personne-ressource 1*

Courriel

Tél.

Télec.

Personne-ressource 2*

Courriel

Tél.

Télec.

Prescripteur demandeur

Courriel

Tél.

Télec.

* Les informations contractuelles seront envoyées par courriel ou par fax aux personnes-ressources indiquées.

Renseignements sur le patient

Nom de famille

Prénom

Date de naissance (aaaa-mm-jj)

Sexe (M/F)

Taille (cm)

Poids (kg)

Numéro de carte santé provinciale ou territoriale

Province ou territoire de résidence

Section II : Type de demande

Nouveau patient (aller à la section III)

Renouvellement/modifications

Informations complémentaires

N° de patient à la Société canadienne du sang

N° de contrat à la Société canadienne du sang

Section III : Produits et critères

Diagnostic

Panhématin (hémine)

- Soulage les crises récurrentes de porphyrie aiguë intermittente temporairement liées au cycle menstruel chez les femmes qui en souffrent, lorsqu'on observe ou qu'on soupçonne que le traitement initial par glucides est inadéquat.

OU Urgence

Demande de protéines plasmatiques et de produits connexes pour un patient désigné

<input type="checkbox"/> Hemlibra (emicizumab)														
Prescrit par un hématologue ayant de l'expérience dans le diagnostic et le traitement de l'hémophilie A ET l'une des situations suivantes : <input type="checkbox"/> Hémophilie A congénitale avec présence d'inhibiteurs contre le facteur VIII (> 0,6 UB/ml) confirmée à plusieurs reprises par des tests appropriés <input type="checkbox"/> Hémophilie A congénitale sévère sans inhibiteurs (facteur VIII intrinsèque < 1 %) : en prophylaxie de routine pour prévenir les hémorragies ou réduire la fréquence des épisodes hémorragiques <input type="checkbox"/> Autre** (justifier sous Renseignements complémentaires ou joindre un justificatif)		Renseignements complémentaires (*valeurs requises) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Inhibiteurs du FVIII (UB/mL)*</td> <td></td> </tr> <tr> <td>FVIII intrinsèque*</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> UI/ml</td> </tr> <tr> <td>Taux annuel d'hémorragies*</td> <td></td> </tr> <tr> <td>N^{bre} d'articulations cibles</td> <td></td> </tr> <tr> <td>N^{bre} de visites à l'hôpital ou en clinique pour le traitement d'hémorragies durant la dernière année</td> <td></td> </tr> </table>			Inhibiteurs du FVIII (UB/mL)*		FVIII intrinsèque*	<input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> UI/ml	Taux annuel d'hémorragies*		N ^{bre} d'articulations cibles		N ^{bre} de visites à l'hôpital ou en clinique pour le traitement d'hémorragies durant la dernière année	
Inhibiteurs du FVIII (UB/mL)*														
FVIII intrinsèque*	<input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> UI/ml													
Taux annuel d'hémorragies*														
N ^{bre} d'articulations cibles														
N ^{bre} de visites à l'hôpital ou en clinique pour le traitement d'hémorragies durant la dernière année														
<input type="checkbox"/> Glassia (inhibiteur de l'alpha1-protéinase)														
Glassia peut être demandé pour TOUS les patients répondant aux critères suivants** : <input type="checkbox"/> Le pneumologue a confirmé le diagnostic de déficit grave en IA1-P ainsi que des signes cliniques d'emphysème et a indiqué que le traitement par un produit à base d'IA1-P serait bénéfique au patient. <input type="checkbox"/> Déficit en IA1-PI, défini par une concentration sérique d'IA1-P < à 11 µmol/l ou < à 57 mg/dl avant le début du traitement <input type="checkbox"/> Signes cliniques d'emphysème (VEM < 80 %) <input type="checkbox"/> Non-fumeur depuis au moins six mois <input type="checkbox"/> N'a pas reçu de transplantation pulmonaire		Renseignements complémentaires (*valeurs requises) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Taux sérique d'IA1-P de base*</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> µmol/l <input type="checkbox"/> mg/dl</td> </tr> <tr> <td>VEMS (%)*</td> <td></td> </tr> </table> Si le taux sérique d'IA1-P de base n'est pas connu, veuillez fournir les précisions suivantes : <input type="checkbox"/> Déjà sous traitement avec un produit IA1-P et aucun taux de base consigné <input type="checkbox"/> Autre (veuillez expliquer)			Taux sérique d'IA1-P de base*	<input type="checkbox"/> µmol/l <input type="checkbox"/> mg/dl	VEMS (%)*							
Taux sérique d'IA1-P de base*	<input type="checkbox"/> µmol/l <input type="checkbox"/> mg/dl													
VEMS (%)*														
<input type="checkbox"/> Autre produit**														
** Si le patient ne répond pas aux critères d'inscription ou si le produit est désigné comme « autre », une demande d'accès exceptionnel sera requise. À noter que des informations supplémentaires pourraient être demandées et le délai d'examen pourrait être plus long.														
Traitement actuel ou <input type="checkbox"/> S.O.														
Nom du produit	Dose	Voie d'administration	Fréquence d'administration	Indication (ex. : prophylaxie, sur demande)										
Nouveau traitement demandé ou <input type="checkbox"/> Même que le traitement actuel														
Nom du produit	Dose	Voie d'administration	Fréquence d'administration	Indication (ex. : prophylaxie, sur demande)										

Demande de protéines plasmatiques et de produits connexes pour un patient désigné

Autres renseignements complémentaires (y compris le motif du changement de traitement ou de l'instauration du nouveau traitement)

--

Section IV : Quantité totale de flacons requise

(pour connaître les produits et formats disponibles, voir le formulaire de commande)

La durée maximale des contrats étant de 12 mois, une demande de renouvellement est exigée tous les 12 mois.

Format	Quantité totale du contrat	Quantité à ramasser	Fréquence du ramassage (ex. : tous les 3 mois)	Durée du contrat (maximum de 12 mois)

Date de la prochaine commande (veuillez commenter si moins de 2 semaines)	Commentaire (pour les demandes stat, veuillez indiquer la date à laquelle la prochaine dose doit être administrée)
Date d'expiration du contrat approuvé (facultatif; à remplir pour les dossiers une fois reçue la notification de la SCS)	

Section V: Urgent Medical Review and SAP Information (CBS Use Only)

The on-call medical officer can be contacted after hours to review urgent requests for **patients that meet listing criteria**. Exceptional access reviews cannot be completed by the on-call medical officer and should be sent to the PPRP Formulary team for regular review. Please forward the request form with all documentation of medical review to SAPPRPRequests@blood.ca.

Decision of urgent medical officer review: Approve 30-day supply (specify amount below) Deny

Comments

If medical review was obtained verbally, indicate results of review in comment section above. Include: as per (physician name), initial and date (e.g., as per Dr. Jane Doe, LA 2019-07-27)

SAP Patient #	SAP Contract #	Completed/Entered by:	Date:
---------------	----------------	-----------------------	-------