



DEMANDE D'ÉVALUATION : AJOUT OU RETRAIT D'UN MÉDICAMENT AU FORMULAIRE

Nom du médicament

Générique : _____ Commercial : _____

Classification pharmacologique : _____

DEMANDE D'AJOUT

LE MÉDICAMENT ET L'INDICATION DOIVENT FAIRE PARTIE DE LA LISTE «MÉDICAMENTS – ÉTABLISSEMENTS» DRESSÉE PAR LE MINISTRE. SINON, SE RÉFÉRER À LA PROCÉDURE POUR UNE DEMANDE DE MÉDICAMENT POUR DES MOTIFS DE NÉCESSITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES.

1. Indication(s) pour laquelle (lesquelles) ce médicament serait utilisé :

2. Alternatives actuellement disponibles au formulaire du CIUSSS :

3. Avantages de ce médicament comparativement aux alternatives actuellement disponibles :

- Mécanisme d'action unique
- Efficacité supérieure aux traitements déjà disponibles
- Profil d'effets indésirables favorable comparativement aux traitements déjà disponibles
- Autres : _____

Justifications : _____

4. Ce médicament remplacera-t-il un ou plusieurs médicaments de la même classe ou d'une autre classe pharmacologique?

- Oui Non

Si oui, lesquels ? _____

Ces derniers médicaments pourront-ils être retirés du formulaire ? Oui Non

Justifications : _____

5. S'il y a lieu, seriez-vous disponible pour participer à la rédaction d'un protocole d'utilisation de ce médicament dans notre CIUSSS? _____

6. Estimation des coûts :

- Description du traitement standard (dose, posologie, cycle) : _____

- Nombre annuel de patients pouvant bénéficier du traitement : _____
- Coût/patient/semaine ou Coût/traitement : _____
- Coût annuel total estimé: _____

DEMANDE DE RETRAIT

1. Raison du retrait :

- Aucun achat depuis : _____ Année(s) ou Achat très limité ou Médicament discontinué
- Efficacité inférieure aux traitements déjà disponibles
- Profil d'effets indésirables défavorable comparativement aux traitements déjà disponibles
- Autres : _____

Justifications : _____

VERSO À COMPLÉTER 

RÉFÉRENCES SCIENTIFIQUES : VEUILLEZ ANNEXER LES ARTICLES LES PLUS PERTINENTS

Veillez acheminer le formulaire complété (recto et verso) et les annexes au département de pharmacie à l'attention de Mme Sabrina Sanzari par courriel : sabrina.sanzari@ssss.gouv.qc.ca



IDENTIFICATION DU DEMANDEUR, DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS ET APPROBATION PAR LE CHEF DE SERVICE /DÉPARTEMENT

Département ou service du demandeur : _____

Est-ce que vous ou un membre de votre service/département a des conflits d'intérêts à déclarer :

1. Je reçois, ou j'ai reçu au cours des deux dernières années, une rémunération à titre de conférencier par la compagnie qui commercialise ce médicament. **Oui** **Non**

Si oui, nom du ou des membres : _____

Si oui, préciser laquelle ou lesquelles : _____

2. J'ai, ou j'ai eu au cours des deux dernières années, une affiliation ou des intérêts financiers avec la compagnie qui commercialise ce médicament. **Oui** **Non**

Si oui, nom du ou des membres : _____

Si oui, préciser laquelle ou lesquelles : _____

3. J'ai un autre conflit d'intérêts, réel ou potentiel, à déclarer. **Oui** **Non**

Si oui, nom du ou des membres : _____

Si oui, préciser laquelle ou lesquelles : _____

Nom du demandeur : _____ **Signature :** _____

Nom du chef du service : _____ **Signature :** _____

Nom du chef du département : _____ **Signature :** _____

Veuillez acheminer le formulaire complété (recto et verso) et les annexes au département de pharmacie à l'attention de Mme Sabrina Sanzari par courriel : sabrina.sanzari@ssss.gouv.qc.ca