

### Télécopie

| Destinataire       |                           |
|--------------------|---------------------------|
| Nom :              | Pharmacie recherche - HMR |
|                    |                           |
| Téléphone : (    ) | poste 6123                |
| Télécopie : (    ) | 514-251-7771              |

| Expéditeur              |                      |
|-------------------------|----------------------|
| Nom :                   |                      |
|                         |                      |
| Téléphone : (    )      | Télécopieur : (    ) |
| Nombre total de pages : |                      |
| Date :                  | Heure :              |

| Message   |  |
|---|--|
|   |  |
| Demande d'utilisation d'un médicament du programme d'accès spécial (P.A.S.) |  |
|   |  |
| Nom du patient :  |  |
| Numéro de dossier HMR :   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |

***Si vous n'avez pas reçu toutes les pages, veuillez nous en informer.***

**CONFIDENTIALITÉ** - Le présent bordereau de transmission et les documents qui peuvent l'accompagner contiennent des informations de nature privilégiée et confidentielle. Si vous n'êtes pas le destinataire prévu, vous êtes par la présente avisé qu'il est strictement interdit de diffuser ou de reproduire ces documents ou leur contenu. Si vous avez reçu ce message par mégarde, veuillez nous en aviser immédiatement par téléphone et nous le retourner par la poste, à nos frais. Merci de votre collaboration.

**PROGRAMME D'ACCÈS SPÉCIAL**  
**FORMULAIRE A – DEMANDE AXÉE SUR LE PATIENT**

| <b>SECTION A : INFORMATION SUR LE PRATICIEN</b>                                   |                   |   |
|---|-------------------|---|
| Nom du praticien : Pharmacie recherche /  |                   |   |
| Nom de l'hôpital ou clinique : Hôpital Maisonneuve Rosemont / Pharmacie Recherche |                   |   |
| Adresse : (adresse d'expédition seulement) : 5415 boul l'assomption               |                   |   |
| Ville : Montreal  | Province : Quebec | Code postal : H1T 2M4   |
| Personne-ressource : (si autre que le praticien) Pharmacienne de recherche        |                   | Médicament envoyé a/s de :<br>Pharmacie d'hôpital <input checked="" type="checkbox"/><br>Bureau du praticien <input type="checkbox"/><br>Médecine nucléaire <input type="checkbox"/><br>Banque de sang <input type="checkbox"/> |
| Téléphone : 514-252-3400 poste 6123   |                   |   |
| Télécopieur : 514-251-7771  |                   |   |
| Adresse électronique :<br>pharmacierecherche.hmr@ssss.gouv.qc.ca                  |                   | Adresse électronique du praticien : (optionnel)   |

| <b>SECTION B : INFORMATION SUR LE MÉDICAMENT ET LE FABRICANT</b>                               |                  |
|--|------------------|
| Appellation commerciale :  | Autre nom :      |
| Nom du fabricant :   | N° de commande : |
| Voie d'administration : ORALE _ I.V. _ I.M. _ TOPIQUE _ S.C. _ AUTRE :                         |                  |
| Forme posologique : COMPRIMÉ _ CAPSULE _ LIQUIDE _ POUDRE _ CRÈME _ ONGUENT _ TIMBRE _ AUTRE : |                  |

| <b>SECTION C : INFORMATION SUR LE PATIENT</b>   |
|---|
| Si vous disposez d'approvisionnement en médicament et souhaiteriez le transférer à un autre patient, veuillez demander une <b>autorisation seulement</b> . Veuillez cocher la case suivante <input type="checkbox"/> et compléter le tableau ci-après. Précisez la quantité de médicament transférée dans la section à cet effet. |

| Initiales du patient<br>(p. ex. A.B.C.) | Date de naissance<br>(JJ/MM/AAAA) | Sexe       | Indications thérapeutiques du médicament | Première demande? | Posologie et durée du traitement (p. ex. mg bid x nombre de jours) | Concentration (p. ex. en mg) | Quantité (p. ex. nombre de comprimés) |
|---|-----------------------------------|------------|--|-------------------|--|------------------------------|---------------------------------------|
|   |                                   | H _<br>F _ |  | O _<br>N _        |  |                              |                                       |
|   |                                   | H _<br>F _ |  | O _<br>N _        |  |                              |                                       |
|   |                                   | H _<br>F _ |  | O _<br>N _        |  |                              |                                       |
|   |                                   | H _<br>F _ |  | O _<br>N _        |  |                              |                                       |

|  |         |
|--|---------|
| Veuillez préciser la <b>QUANTITÉ EXACTE</b> de produit requise (p. ex. nombre de comprimés, de flacons, d'unités, etc.). Le PAS ne calculera pas la quantité | Total : |
|--|---------|

|   |
|---|
| Veuillez préciser le moment où le médicament sera administré (c.-à-d. une date) : |
|---|

**SECTION D : JUSTIFICATION CLINIQUE**

1 a) Pour les **nouveaux** patients, veuillez fournir des renseignements précis sur les antécédents médicaux du patient, y compris les traitements classiques envisagés, écartés ou qui se sont révélés inefficaces ou qui sont non convenables ou disponibles en vue d'une réponse adéquate. En quoi ce médicament est-il le meilleur choix pour votre patient (p. ex. son mécanisme d'action, sa catégorie, sa forme posologique). Veuillez expliquer votre réponse.

b) Pour les patients **déjà inscrits**, veuillez décrire leur réaction au médicament relativement aux objectifs du traitement initial et fournir une justification concernant la demande d'accès continu.

2. Veuillez fournir les données, références ou ressources **PRÉCISES** disponibles au sujet de l'utilisation, de l'innocuité et de l'efficacité qui étayent votre décision de prescrire ce médicament. Pour les renvois, joindre les titres de revues ou d'articles, le nom des auteurs, le volume, le numéro, la date et la page où se trouve l'information. Veuillez cocher la case suivante si des documents de référence se trouvent en annexe

**SECTION E : ATTESTATION DU PRATICIEN**

À titre de praticien, j'ai accès à ce médicament non commercialisé à des fins d'utilisation pour le traitement d'urgence d'un patient à ma charge en vertu du *Règlement sur les aliments et drogues* (C.08.010).

À titre de praticien, je suis conscient qu'en obtenant l'accès à ce médicament par l'intermédiaire du PAS, la vente du médicament devient, par conséquent, exempte de tous les aspects du *Règlement sur les aliments et drogues*, y compris ceux qui concernent l'innocuité, l'efficacité et la qualité.

À titre de praticien, j'accepte de fournir un rapport sur les résultats de l'utilisation du médicament, y compris l'information sur les effets indésirables, ainsi que de rendre compte, sur demande, de la quantité de médicament reçue.

Signature du praticien :

N° de permis :

Date :

Programme d'accès spécial  
Direction des produits  
thérapeutiques  
a/s Santé Canada  
Indice de l'adresse 3105 A  
Pré Tunney  
Ottawa (Ontario)  
K1A 0K9

**TÉLÉCOPIER les demandes au 613-941-3194**  
Dans le cas de demandes urgentes nécessitant une  
attention immédiates, veuillez communiquer avec  
le PAS au :  
**613-941-2108.**

**SIGNATURE ET SCEAU DU PAS REQUIS**  
**POUR ASSURER LA VALIDITÉ DE**  
**L'AUTORISATION**

**Site Web :** [http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/acces/drugs-drogues/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/acces/drugs-drogues/index_f.html)  
**courriel :** [sapdrugs@hc-sc.gc.ca](mailto:sapdrugs@hc-sc.gc.ca)