

1 - Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE
OU

2 - Prescripteur

NOM ET PRÉNOM		N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE	
ADRESSE NUMÉRO	RUE	BUREAU	
MUNICIPALITÉ		PROVINCE	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	NUMÉRO DU TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.		

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE <i>si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</i> OU <i>si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</i>	NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR		
	ADRESSE NUMÉRO	RUE	APP.	
	MUNICIPALITÉ	PROVINCE QUÉBEC	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.

3 - Médicament visé par la demande

FILGRASTIM – NEUPOGEN ^{MC} (DÉBUTÉ AVANT LE 30 SEPTEMBRE 2020) ¹	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSOLOGIE
DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT		Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé.	
DU	ANNÉE MOIS JOUR	AU <input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE	OU ANNÉE MOIS JOUR

1 Le remboursement de Neupogen^{MC} est permis seulement pour les personnes poursuivant sans interruption un traitement commencé AVANT le 30 septembre 2020. Cependant, des biosimilaires de filgrastim sont inscrits sur la *Liste des médicaments*. Si la condition de la personne assurée correspond à l'une des indications donnant droit au paiement des biosimilaires, l'ordonnance peut être codifiée. Veuillez consulter le répertoire des *Codes des médicaments d'exception* pour plus de détails.

4 - Renseignements cliniques

Indication thérapeutique

Pour le traitement d'une personne recevant des cycles de chimiothérapie moyennement ou hautement myélosuppressive (≥ 40 p. cent de risque de neutropénie fébrile).

Pour le traitement d'une personne à risque de développer une neutropénie grave lors de chimiothérapie.

Lors des cycles subséquents de chimiothérapie, pour le traitement d'une personne ayant souffert d'une neutropénie grave (neutrophiles < 0,5 X 10⁹/L) survenant lors des premiers cycles de chimiothérapie et pour lesquelles une réduction de la dose d'antinéoplasiques n'est pas appropriée.

Lors des cycles subséquents de chimiothérapie à visée curative, pour le traitement d'une personne ayant souffert d'une neutropénie (neutrophiles < 1,5 X 10⁹/L) survenant lors des premiers cycles de chimiothérapie et pour lesquelles une réduction de dose ou un retard dans le plan d'administration de la chimiothérapie ne sont pas acceptables.

Lors de chimiothérapie chez un enfant atteint de tumeur solide.

Pour le traitement d'une personne souffrant d'une aplasie médullaire grave (neutrophiles < 0,5 X 10⁹/L) en attente d'un traitement curatif par une greffe de moelle osseuse ou par le sérum antithymocytes.

Pour le traitement d'une personne souffrant d'une neutropénie chronique congénitale, héréditaire, idiopathique ou cyclique ayant une numération des neutrophiles < 0,5 X 10⁹/L.

Pour le traitement d'une personne infectée par le VIH souffrant d'une neutropénie grave (neutrophiles < 0,5 X 10⁹/L).

Pour stimuler la moelle osseuse chez le receveur en vue d'une autogreffe.

Pour le traitement d'appoint lors de leucémie myéloïde aiguë.

Autre. Précisez : _____

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.

