

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'UTILISATION D'UN MÉDICAMENT POUR DES MOTIFS DE NÉCESSITÉ MÉDICALE PARTICULIÈRE (NMP)

Nom			
Prénom			
Date de naissance		Année	Mois
		Année	Mois
N° d'assurance maladie		Expiration	
Adresse			
Code postal	N° de téléphone	Ind.rég.	

Un établissement ne peut fournir que des médicaments qui apparaissent sur la liste dressée des établissements de santé publié par la RAMQ. Elle est mise à jour périodiquement par le ministre après avoir considéré les recommandations formulées par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Un établissement a l'obligation de fournir un médicament inscrit à la Liste des médicaments-Établissements à un usager dont la condition correspond aux indications reconnues par l'INESSS, s'il n'existe pas d'alternative.

Le médecin ou le dentiste qui désire, pour des motifs de nécessité médicale particulière, utiliser ou prescrire d'autres médicaments que ceux apparaissant sur la Liste des médicaments-Établissements ou des médicaments pour d'autres indications que celles inscrites à cette liste, doit faire une demande au conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes (CMDPSF) de son établissement. Il en est de même pour des médicaments qui n'ont pas reçu un avis de conformité du gouvernement fédéral et qui pourraient être disponibles par l'intermédiaire du Programme d'accès spécial (PAS) de Santé Canada.

Toute demande doit être transmise par **numérisation à la pharmacie** qui assurera le suivi avec le CMDPSF selon la procédure établis à l'ICM. Une copie doit être **déposée au dossier du patient**.

Médicament demandé	
Nom générique : Cangrelor	Nom commercial : Kengrexal
Posologie :	

Type de demande
Médicament non inscrit à la Liste de médicaments – Établissement

Indication pré- évaluée et autorisée par le comité de pharmacologie et le CMDPSF de l'ICM
---

*Compléter les circonstances justifiant l'utilisation du Cangrelor IV chez ce patient. Si une des conditions n'est pas respectée, d'autres alternatives de traitement s'offrent au patient. Veuillez consulter le pharmacien au besoin.*

<input checked="" type="checkbox"/> Patient ayant eu une angioplastie percutanée dans les 8 dernières semaines <b>ET</b> <input checked="" type="checkbox"/> L'utilisation d'un iP2Y12 oral est impossible ou contre-indiquée, pour une des raisons suivantes: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Une chirurgie est prévue à court terme</li> <li><input type="checkbox"/> L'absorption intestinale du médicament est compromise</li> <li><input type="checkbox"/> Le risque de saignement du patient est trop élevé considérant le retour à une fonction plaquettaire normale plusieurs jours après l'arrêt du traitement</li> </ul> <b>ET</b> <input checked="" type="checkbox"/> l'utilisation d'un inhibiteur GPIIb/IIIa est impossible ou contre-indiquée, notamment <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> La clairance à la créatinine du patient est inférieure à 30 ml/min</li> <li><input type="checkbox"/> Le délai de retour à une fonction plaquettaire normale en 4-6 heures est jugé risqué en considérant le risque de saignement du patient</li> <li><input type="checkbox"/> Le délai de retour à une fonction plaquettaire normale en 4-6 heures est jugé risqué en considérant la nécessité d'une chirurgie urgente</li> </ul>
--

Nom du médecin		Signature	Date		
	N° de permis		Année	Mois	Jour