INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

APPELÉE À Université de Montréal

Nom de l'usager	N° de dossier

SUIVI ET RÉPONSE À LA DEMANDE D'UTILISATION D'UN MÉDICAMENT POUR DES MOTIFS DE NÉCESSITÉ MÉDICALE PARTICULIÈRE (NMP)

Suivi de la demande	
Demande reçu le :	____/____/_____
Analysé par le chef du département de pharmacie	____/____/_____
Présenté au comité de pharmacologie	____/____/_____
Approbation par le CMDPSF	____/____/_____
Réponse écrite transmise au prescripteur pour les cas de refus	____/____/_____

Statut
☐ Accepté
☐ Refusé

Explications d'un refus

☐ Les données scientifiques présentées sont insuffisantes
☐ Un avis de l'INESSS précise un refus pour l'indication demandé
☐ La décision du ministre précise un refus pour l'indication demandé

Nom du représentant		**Signature**	**Date**		
	N° de permis		Année	Mois	Jour

SUIVI DEMANDE D'UTILISATION D'UN MÉDICAMENT POUR DES MOTIFS DE NÉCESSITÉ MÉDICALE PARTICULIÈRE

☐ **Dossier de l'usager**
☐ **Copie du médecin**