



## RENSEIGNEMENTS À FOURNIR PAR L'HÔPITAL OU LE MÉDECIN DEMANDEUR

Utilisez ce formulaire pour une première demande, un renouvellement de contrat ou une mise à jour. Pour les demandes subséquentes, utilisez le formulaire de commande de protéines plasmatiques en indiquant le numéro de contrat qui vous aura été attribué. S'applique uniquement aux produits autorisés au Canada; pour les produits non autorisés, consultez le site Web de Santé Canada. Les formulaires incomplets seront retournés. **Envoyez ensemble demande(s) et commande(s) à votre centre de distribution deux semaines avant que le produit soit requis.**

### Section I : Hôpital demandeur et patient

Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_ Date de la demande : \_\_\_\_\_ AAAA-MM-JJ

Personne-ressource : \_\_\_\_\_ Coord. (tél., courriel, etc.) : \_\_\_\_\_

Adresse d'expédition (si autre que hôpital/clinique) : \_\_\_\_\_

Identifiant du patient : \_\_\_\_\_ Année de naissance : \_\_\_\_\_ AAAA

Ex. : n° de patient à la clinique; s'il n'y en a pas, quatre derniers chiffres de la carte santé (ne pas indiquer le n° complet de la carte santé)

Médecin demandeur : Prénom et nom de famille \_\_\_\_\_ Coord. (tél., courriel, etc.) : \_\_\_\_\_

### Section II : Changement concernant un patient, renouvellement ou information obtenue ultérieurement ou S. O.

N° du patient — Société canadienne du sang : \_\_\_\_\_ N° du contrat — Société canadienne du sang : \_\_\_\_\_

Raison du changement ou du renouvellement : \_\_\_\_\_

### Section III : Demande de protéines plasmatiques de rechange ou S. O.

**Produit demandé** (indiquez tout autre produit qui serait pris en considération) : \_\_\_\_\_

**Raison de la demande :** \_\_\_\_\_

Renseignements supplémentaires demandés	Réponse
<p>Description des effets indésirables</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Historique de la réaction, dont :               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ le nombre de doses reçues du nouveau produit ou de la nouvelle marque</li> <li>▪ le nombre de réactions que le nouveau produit ou la nouvelle marque a causées au patient</li> <li>▪ le moment — en termes de doses — où le patient a fait la réaction (1re dose, après plusieurs doses, etc.)</li> <li>▪ le nombre de doses que le patient a reçues du nouveau produit ou de la nouvelle marque avant de faire une réaction</li> </ul> </li> <li>▪ Gravité de la réaction (traitement requis, séquelles, temps de récupération, etc.)</li> <li>▪ Enquête effectuée, le cas échéant</li> <li>▪ Tout autre renseignement pertinent (ex. : manque d'efficacité clinique)</li> <li>▪ Historique du traitement :               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Marque ou produit précédent [nom(s), format(s) et posologie]</li> </ul> </li> <li>▪ Historique médical :               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnostic</li> <li>▪ Raison du traitement</li> <li>▪ Autre problème de santé connexe</li> <li>▪ Autres médicaments</li> </ul> </li> <li>▪ Raison qui justifie un produit ou une marque de rechange</li> <li>▪ Autre information pertinente</li> </ul> <p><small>(des données objectives confirmant l'effet indésirable peuvent être exigées)</small></p>	



## Section IV : Quantité totale de protéines plasmatiques de rechange (nombre de fioles)

Posologie : \_\_\_\_\_

Format : \_\_\_\_\_ Quantité : \_\_\_\_\_ Format : \_\_\_\_\_ Quantité : \_\_\_\_\_

Fréquence du ramassage (si connu) : Chaque mois  Tous les 2 mois  Tous les 3 mois  Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

Mois du prochain ramassage (si connu) : \_\_\_\_\_

La durée maximale des contrats est de **12 mois**; une demande de renouvellement sera exigée tous les 12 mois.

Commentaires :

## Section V CBS Use Only (Approval required for all)

Approved

Approved with conditions

Denied

See Medical Decision Letter attached

Comments:

Completed by and Date: \_\_\_\_\_

SAP Patient #: \_\_\_\_\_ SAP Contract #: \_\_\_\_\_ Entered by and Date: \_\_\_\_\_