

Annexe 1 (suite et fin). Formulaire d'encadrement des médicaments émergents dans notre centre. Légende : CHU = Centre hospitalier universitaire, RAMQ = Régie de l'assurance maladie du Québec. © 2014 Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. Publié avec permission.



HSJ-1064

Nom, prénom: _____

Dossier: _____

Merci de bien compléter les champs ci-dessus (nom, prénom et # dossier) afin d'identifier le patient concerné par cette demande

Plan de surveillance : à remplir par le médecin demandeur

Plan de surveillance de l'efficacité clinique -Marqueurs d'efficacité -Valeurs actuelles -Valeurs cibles -Délais visés pour résolution ou amélioration satisfaisante de l'état clinique	
Plan de surveillance de l'innocuité clinique -Effets indésirables à surveiller -Fréquence de suivi -Modalités de prévention et de prise en charge	

Assurabilité : à remplir par le médecin demandeur
Dans le cas d'un médicament coûteux poursuivi en ambulatoire, le prescripteur doit compléter les démarches pour assurer le remboursement du médicament utilisé dans le cadre du régime général d'assurance-médicaments. En cas de refus de remboursement du tiers payeur public ou privé, le CHU Sainte-Justine n'assume pas les coûts.

Assureur Nom, coordonnées complètes et numéro de contrat d'assurance	
--------------------------------------------------------------------------------	--

Médicament « émergent » : attestation du médecin demandeur

Comme médecin demandeur (cochez chaque énoncé) :

() Je confirme que j'ai obtenu au moins de façon verbale le consentement libre et éclairé du patient ou des parents, le cas échéant quant au recours éventuel à ce plan de traitement.

() Je confirme que je vais assurer la documentation écrite au dossier du patient des plans de surveillance clinique de l'efficacité et de l'innocuité et que je vais cesser le traitement en cas d'échec thérapeutique ou d'intolérance au traitement.

() Dans le cas d'un traitement comportant une administration ambulatoire, j'ai complété une demande de médicaments/patients d'exception auprès de l'assureur (p.ex. RAMQ ou assureur privé) et avisé le parent/patient que l'établissement ne peut être tenu responsable de la non-couverture du traitement par le tiers payeur public/privé en ambulatoire; dans cette éventualité, le traitement pourrait ne pas être poursuivi sur une base ambulatoire.

() Je confirme que l'ensemble du contenu de cette demande a fait l'objet d'une discussion avec au moins deux autres membres de l'équipe traitante dont au moins le chef du service/département médical et un pharmacien et que l'équipe est d'accord avec les plans envisagés; voir prénoms, noms, # pratiques et signatures ci-dessous.

_____	_____
Date	Prénom/nom - # pratique - signature du demandeur
_____	_____
Date	Prénom/nom - # pratique - signature d'un pharmacien clinicien
_____	_____
Date	Prénom/nom - # pratique - signature du chef de service/département médical

F-2255 GRM : 30008027 (rév. 10-2014) Justification d'utilisation et paramètres de suivi : Médicament émergent



Document complémentaire pour Bussières JF, Corny J, Bourdon O. Tarification à l'activité et financement des médicaments onéreux en France : que peut-on en apprendre? Comparaison de deux démarches d'encadrement de ces médicaments. *J Can Pharm Hosp.* 2016;69(2):138-43.