



Produits sanguins
Cellules souches
Tissus humains

4045, boul. Côte-Vertu
Saint-Laurent (Québec) H4R 2W7
Téléphone : 514 832-5000
Télécopieur : 514 904-8557

1070, avenue des Sciences-de-la-Vie
Québec (Québec) G1V 5C3
Téléphone : 418 780-4362
Télécopieur : 418 780-2083

HQ-13-027

CIRCULAIRE

MISE À JOUR DE LA LISTE DES PRODUITS DISPONIBLES DANS LE CADRE DU PROGRAMME D'ACCÈS SPÉCIAL (PAS) DE SANTÉ CANADA

Le 16 août 2013

**AU CHEF TECHNOLOGISTE/COORDONNATEUR DE LA BANQUE DE SANG
AU RESPONSABLE DE LA BANQUE DE SANG
AU DIRECTEUR DU CENTRE D'HÉMOPHILIE**

Madame,
Monsieur,

Vous trouverez ci-joint une mise à jour de la liste des produits disponibles dans le cadre du Programme d'accès spécial (PAS) indiquant le numéro pour joindre Santé Canada (PAS).

Nous vous invitons à consulter nos circulaires sur notre site Web à www.hema-quebec.qc.ca, à la section *Hôpitaux/Sang/Circulaires d'information*.

N'hésitez pas à nous contacter pour toute information additionnelle. Veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos salutations cordiales.

Original signé par

Jean Lapierre
Directeur des produits stables

- p.j. Formulaire Suivi des demandes pour utilisation ultérieure
- c.c. Dr Jean De Serres, président et chef de la direction
M. Marco Décelles, vice-président et chef de l'Exploitation
Dr Marc Germain, vice-président aux affaires médicales
Dr Gilles Delage, vice-président aux affaires médicales en microbiologie
Dr André Lebrun, vice-président aux affaires médicales en hématologie

HQ-13-027

CIRCULAIRE

Pour commander les produits suivants, veuillez vous adresser au :

PROGRAMME D'ACCÈS SPÉCIAL (SANTÉ CANADA)

Téléphone : 613 941-2108 - Télécopieur : 613 941-3194

(Veuillez suivre les instructions (boîte vocale) pour joindre le PAS en dehors des heures normales d'affaires)

| Description (# article) | Produit | Format | Fabricant |
|---|--|------------------------------|--|
| Facteur VII (100155) | Concentré de facteur VII | 600 UI | Baxter BioScience |
| Facteur XI (100076) | Concentré de facteur XI | 1000 U | Bio Products Laboratory (CPP) |
| Facteur XIII (100002, 100003) | Fibrogammin® P | 250 ou 1 250 UI ¹ | CSL Behring |
| Hémine Humaine IV (100490) | Normosang® | 250 mg | Orphan Europe (Médunik Canada) |
| Immunoglobuline antitoxinique (humaine) Type A, B ² (100255) | BabyBIG® | 100 mg | Infant Botulism Treatment and Prevention Program (IBTPP) |
| Immunoglobuline antitoxinique Type A, B, E ³ (100395) | Antitoxine botulinique (équine) Type A, B, E Behring | 250 mL | Novartis Vaccines |
| Immunoglobuline antidiphtérique ³ (100458) | Antitoxine diphtérique (équine) | 10 000 UI | Institute of Immunology |
| Protéine C (100035) | Ceprotrin | 500 UI | Baxter BioScience |

¹ La disponibilité des formats peut varier.

² Le produit BabyBIG® doit être commandé selon les modalités établies dans la circulaire HQ-07-049.

³ L'immunoglobuline antitoxinique type A, B, E de Novartis Vaccines, l'immunoglobuline antitoxinique type A, B de l'Institut Butantan et l'immunoglobuline antidiphtérique de Institute of Immunology et le Normosang® d'Orphan Europe sont préautorisées par Santé Canada, dans le cadre du Programme d'accès spécial (PAS), pour les cas de botulisme, de diphtérie et de porphyrie respectivement. Le formulaire «Suivi des demandes pour utilisation ultérieure de Santé Canada» doit être acheminé à HQ, par télécopieur, suite à l'administration de ces produits (Direction des produits stables d'HQ 514 832-0267).

Le 16 août 2013 - Remplace le tableau joint à la circulaire HQ-12-048 du 19 décembre 2012.



**PROGRAMME D'ACCÈS SPÉCIAL
SUIVI DES DEMANDES POUR
UTILISATION ULTÉRIEURE**

*Immunoglobuline Antibotulinique
Immunoglobuline Antidiphthérique
Hémine humaine Normosang®*

On doit utiliser le présent formulaire afin de maintenir des dossiers sur les patients et la distribution des médicaments qui seront utiles pour appuyer une demande d'utilisation ultérieure.

Après chaque utilisation, les Banques de sang sont responsables de faire parvenir ce formulaire par télécopieur à :

HÉMA-QUÉBEC
Direction des produits stables
Fax: (514) 832-0267

| SECTION A: INFORMATION SUR LE PRATICIEN ET LE MÉDICAMENT | | |
|--|--------|--------------------------|
| Nom du praticien : | | |
| Tél.: | Fax: | |
| Hôpital ou établissement: | | |
| Adresse: | | |
| Ville: | Prov.: | Code postal: |
| Personne-ressource: | | Tél.: |
| Médicament: | | Nom du fabricant: |

| SECTION B: INFORMATION SUR LE PATIENT | | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|--|----------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Initiales du patient (Prénom, nom) | Date de naissance (JJ/MM/AAAA) | Sexe | Indications thérapeutiques | Quantité reçue (Nbre fioles) | Quantité administrée (Nbre fioles) | Date de réception (JJ/MM/AAAA) |
| | | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F | | | | |
| Informations supplémentaires : | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| SECTION C: CONSENTEMENT DU PRATICIEN | |
|---|-----------------------|
| À titre de praticien, j'ai accès à ce médicament non commercialisé à des fins d'utilisation pour le traitement d'urgence d'un patient à ma charge en vertu du <i>Règlement sur les aliments et drogues</i> (C.08.010). | |
| Je (le praticien) suis informé qu'en obtenant l'accès à ce médicament par l'intermédiaire du PAS (demande préapprouvée), la vente du médicament devient, par conséquent, exempte de tous les aspects du <i>Règlement sur les aliments et drogues</i> , y compris ceux qui concernent la sécurité, l'efficacité et la qualité. | |
| Je (le praticien) consens à fournir un rapport sur les résultats de l'utilisation du médicament, y compris l'information sur les effets indésirables et à rendre compte, sur demande, de toutes les quantités de médicament reçues. | |
| Signature du praticien : | No de permis : |